

健康保険任意継続資格喪失申出書

被保険者情報	被保険者証の番号	氏名	生年月日
	9 0 1 -		昭和 平成 年 月 日
	住所および 日中の連絡先 (電話番号)	(〒 -) 電話 ()	

資格喪失の事由 (口に✓)	<input type="checkbox"/> 就職に伴い、健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため <input type="checkbox"/> 75歳に到達し、後期高齢者医療制度の被保険者となったため <input type="checkbox"/> この申し出により、任意継続保険の資格を喪失したい <input type="checkbox"/> 上記以外の事由：		
	就職または後期高齢者として喪失の場合は、下記の項目に記入してください		
	新しく取得した被保険者証の記号番号 (後期高齢者は被保険者番号)		
	適用事業所または船舶所有者の名称 および所在地 (後期高齢者は広域連合の名称のみ)	名称	
	所在地		
資格取得年月日	令和 年 月 日	※資格取得年月日が任意継続の資格喪失日となります。	

- 注意事項
- 健康保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証等は家族分を含め全て返却してください。
※就職等の場合はこの書類に添付、この申し出により喪失する場合は喪失日以降速やかに。
 - 就職の場合は「新しい保険証の写し」を添付してください(資格取得証明書等でも可)。
 - この申し出により喪失する場合は申出書を健保が受理した日の翌月1日が喪失日となります。
※提出(投函)日が下旬の場合、健保到着が翌月となり、喪失日が翌々月となることがあります。
 - 本人死亡等により代理人が申し出する場合は下に代理人について記入してください。
 - 本人死亡の場合は死亡日の分かる証明書を添付してください。
※(ただし、埋葬料(費)の請求をされる場合はそちらに添付し、本書には不要です)

代理申出者	氏名	生年月日	被保険者との関係(続柄)
		昭和 平成 年 月 日	
	住所 日中の連絡先 (電話番号)	(〒 -) 電話 ()	
	代理する理由		

うかがい	常務理事	事務長	担当者	

受付日