

【記入例】

※当組合にて記入
 資格喪失年月日
 令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日

A 被保険者情報等	◆ ①～⑥を記入。ただし下記B欄が「ウ」の場合、③の押印は不要、⑦⑧を追加で記入。	
	① 被保険者証 記号 990 番号 ××××	② 返却するもの 被保険者証 1枚 本人 高齢受給者証 枚 限度額適用認定証 枚
	③ 被保険者氏名 日揮 太郎 (日揮印)	④ 被保険者生年月日 昭和 ××年××月××日 平成
	⑤ 資格喪失証明書の発行について 必要あり・必要なし	⑥ 保険料還付請求について 請求あり・請求なし
	⑦ 申出者氏名 (印)	⑧ 被保険者から見た申出者の続柄

任意継続被保険者の資格を喪失します(しました)ので、下記のとおり届出いたします。

B 喪失事由および該当日	◆ ア～エのいずれかに○をし、該当日を記入。	添付書類等
	ア 後期高齢者医療制度に加入したため 新たに取得した被保険者証の資格取得日 令和 年 月 日 当組合の資格喪失日: 新たに取得した被保険者証の資格取得日	・「新たに取得した被保険者証」のコピー ※75歳到達による加入の場合は不要
	イ 再就職先の健康保険に加入したため 新たに取得した被保険者証の資格取得日 令和 ××年××月××日 当組合の資格喪失日: 新たに取得した被保険者証の資格取得日	・「新たに取得した被保険者証」のコピー
	ウ 被保険者死亡のため 亡なられた日 令和 年 月 日 当組合の資格喪失日: 亡なられた日の翌日	・「埋葬許可証」、「火葬許可証」、「死亡診断書」、「死体検案書」、「検視調書」のいずれかのコピー
	エ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため 当組合の資格喪失日: 本申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日	

資格喪失に伴い保険料を還付請求いたします。

C 還付請求者	◆ 上記A⑥欄が「請求あり」の場合のみ、①～⑧を記入。	
	① 被保険者証 記号 990 番号 ××××	② 氏名 日揮 太郎 (日揮印)
	③ 住所 〒 ×××-×××× 横浜市××区××町×丁目×番	④ 生年月日 昭和 ××年××月××日 平成
	⑤ 金融機関名 ×× 銀行 信用金庫 信用組合 ×× 本店 支店 出張所	⑥ 預金種別 普通・当座
	⑦ 口座番号 × × × × × × × ×	⑧ 口座名義 (フリガナ) ニッキ タロウ 日揮 太郎

留意事項

- 当組合の「被保険者証」や「高齢受給者証(該当者のみ)」、「限度額適用認定証(該当者のみ)」は被扶養者分も含めて必ず返却してください。
ただし、上記B欄で「エ」に○をした場合は、資格喪失日以降に本申出書とは別に後日返却してください。
- 上記A⑥欄で「請求あり」に○をした場合、上記C欄も記入してください。
- 上記B欄の「エ」の申出後に、この資格喪失を取り消すことはできません。

受付印