

健康保険組合		
常務理事		担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者等 記号・番号	9	9	-				
2	被保険者の生年月日	昭・平・令		年		月		日
3	被保険者の氏名	(フリガナ)		(氏)		(名)		
4	被保険者の住所	〒 電話 ()						

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失の事由 (ア～エのいずれかを「○」で囲み、資格取得年月日等を記入してください。)	ア 他保険へ加入したため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
		イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
		ウ 自己都合による ※ この用紙が健保に到達した日の翌月1日が資格喪失日となります。
		エ 死亡による ※ 別途、埋葬料(費)支給申請書をご提出ください。 死亡年月日 (令和 年 月 日)
6	摘要欄	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

- ◎ **資格確認書をお持ちの場合は、この申出書と一緒に全員分返却してください。**
また、高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。(滅失等の理由で資格喪失届と一緒に返却ができないときは、「摘要欄」に返却できない方の氏名、生年月日、理由を記入してください。)
- ◎ **新しく加入した健康保険の資格情報のお知らせ等(資格取得日記載のもの)の写しを添付してください。**
この申出書提出時に未交付の場合は、交付後、すみやかに送付してください。
(※喪失の事由が「ア」及び「イ」の場合のみ)
- ◎ 資格喪失届をご提出いただいた結果、還付金が発生する場合は、被保険者あて還付請求書を送付致します。還付請求書に支払金融機関・口座番号等を記入のうえご提出いただくことでご指定の口座に還付金の支払いを行います。