

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書



再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	年	月	日
	個人番号 <small>(記号番号がわからないときにご記入ください)</small>	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)			被保険者がお亡くなりになっている場合は、ご遺族等よりお申し出ください		
	住民票住所	(〒 -)					
	居所	(〒 -) (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要です)					
電話番号 <small>(日中の連絡先)</small>	TEL	()					

資格喪失の事由	資格喪失事由 <small>(該当の数字をご記入下さい)</small>	<input type="checkbox"/>	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため				
			2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため				
			3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入)				
			4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達)				
			5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定)				
			6. 死亡したため				
資格喪失年月日	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
	記入上の注意点 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が3の場合・・・資格喪失日は健康保険組合が申出書を受理した翌月1日となります。 ・資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が6の場合・・・亡くなられた日の翌日をご記入ください。また下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。						
亡くなられた被保険者の氏名	資格喪失事由 [6. 死亡したため] を選んだ場合のみご記入ください (フリガナ)						

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印