

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	記 号 ・ 番 号		生 年 月 日		
	9140 —		昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	
	フリガナ				
	氏名				
	住 所	〒 _____ TEL _____			

下記の事由に該当するため、申出します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に 印 を ご 記 入 く だ さ い)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険・家族の健康保険等に加入予定のため (任意脱退) 注②				
	<input type="checkbox"/> 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 (再就職) 注③				
	上 記 に 印 を ご 記 入 く だ さ い	(1) 再取得後の健康保険の 被保険者証の記号・番号			
		(2) 適用 事業所の	名 称		
			所 在 地		
	(3) 資 格 取 得 年 月 日		令和	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	上 記 に 印 を ご 記 入 く だ さ い	(1) 後期高齢者医療の 被保険者証の記号・番号			
		(2) 都道府県後期高齢者 医療広域連合の名称		後期高齢者医療広域連合	
		(3) 資 格 取 得 年 月 日		令和	年

- ①被保険者及び被扶養者に交付している全ての保険証・限度額適用認定証・高齢受給者証を返却してください。
- ②任意脱退の方は、申出書を受理した日の翌月の1日が資格喪失日となります。
- ③再就職による喪失申出の場合は、就職先の就職先の資格取得日がわかる「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付してください。
- ④資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに納付していただいている場合にはご本人口座に返金いたします。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1ヶ月分の保険料が必要となります。

受 付 印

日 本 触 媒 健 康 保 険 組 合			
決 裁	常務理事	事 務 長	担 当 者