

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	任意継続被保険者	記号	番号	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
	氏名					
	居所住所 および TEL	〒 ー TEL(日中の連絡先) ()				

下記のとおり、申出します。 記載年月日 令和 年 月 日

資格喪失の事由 (該当項目に✓印を ご記入ください。)	資格喪失年月日 ※組合記入欄		令和 年 月 日	
	☐ ①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			
	上記に✓印をした場合 ご記入ください	(1) 再取得後の健康保険または船員 保険の被保険者証の記号番号		
		(2) 適用事業所または 船員保険の名称および所在地	名 称	
			所在地	
		(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日	
	☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため			
	上記に✓印をした場合 ご記入ください	(1) 後期高齢者医療の 被保険者証の被保険者番号		
		(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 月 日	
☐ ③被保険者が死亡したため				
上記に✓印をした場合 ご記入ください	(1) 死亡年月日	令和 年 月 日		
	(2) 申出者氏名および続柄	(続柄:)		
	(3) 申出者住所および TEL	〒 ー TEL(日中の連絡先) ()		
☐ ④任意継続被保険者でなくなることを希望するため				
④の留意事項 ・資格喪失年月日は、申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ・申出書を当組合が受理した日の属する月分まで任意継続被保険者の保険料がかかります。 ・任意継続の保険証または資格確認書は、この申出書には添付しないでください。(翌月1日以降に返却してください。) ・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。				
摘 要 欄				

<必ずお読みください>

- ◎ 資格喪失の事由が①②③に該当される方
任意継続の保険証または資格確認書(扶養家族分を含む)を添付してください。また、高齢受給者証、限度額認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。
- ◎ 資格喪失の事由が①②に該当される方
任意継続被保険者の新しい資格確認書または資格情報のお知らせのコピーを添付してください。
- ◎ 資格喪失の事由が③に該当される方
死亡診断書のコピーを添付してください。

受 付 印

【申出書送付先】
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9
全国設計事務所健康保険組合
適用・徴収グループ TEL03-3404-7344

※組合記入欄
添 付: 枚
高齢証: 枚
滅 失: 枚