

【任意継続を辞めるとき】

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	課長	係長	係

年 月 日 提出

申出者 (任意継続被保険者)	被保険者証記号 - 番号		◆氏名	住所	〒		
	8000 -				代理	電話 ()	
	資格喪失年月日		※喪失理由が死亡の場合のみご記入下さい。 ※代理人の印も押印して下さい。			性別	生年月日
	令和 年 月 日	1. 添付 (枚)	2. 滅失 (枚)	3. 返還不能 (枚)	男・女	昭平 年 月 日	枚
資格喪失年月日			被保険者証返還状況				被保険者証返還数
令和 年 月 日			1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚) 3. 返還不能 (枚)			2. 3. の場合の状況・理由	枚

資格喪失の理由	
<p>1. 任意脱退したため</p> <p>2. 任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したため。</p> <p>3. 任意継続被保険者が死亡したため。</p> <p>4. 保険料を納付期日までに納付しなかったため。</p> <p>5. 次のア.～オ.の医療保険制度の被保険者となったため。(該当項目を○で囲む)</p> <p>ア.健康保険 イ.各種共済保険 ウ.船員保険</p> <p>エ.後期高齢者医療制度 75歳到達</p> <p>オ.後期高齢者医療制度 65歳～74歳で障害認定を受けた</p> <p>◎上記5.のア.～ウ.場合は新しい被保険者証のコピーを添付した上で、次の(1)(2)も記入して下さい。</p> <p>(1) 新たに取得した被保険者証の記号・番号 ()</p> <p>(2) 資格取得年月日 (年 月 日)</p>	

※喪失証明書発送
令和 年 月 日

【注】

1. 太線枠の内側を記入して下さい。
2. 任意脱退希望で口座振替の方は10日までに資格喪失申出書の届出をお願い致します。
3. 被保険者証返還状況及び資格喪失の理由は、該当する項目番号を○で囲み、必要事項を記入して下さい。
4. 被保険者証返還状況が2.(滅失)又は3.(返還不能)の場合は、その理由を記入してください。
5. 資格喪失の理由が3.(死亡)の場合は、申出者氏名に加え「代理」欄に、届出する方の氏名、続柄も記入して下さい。

※保険料還付
無・有 ヶ月分(円)