

【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 健保 太郎	住所	〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇-〇〇〇-〇 電話 048 (643) 〇〇〇〇			
	8000 - 〇〇〇〇			性別	生年月日	被保険者証交付済数		
	資格喪失年月日		代理	続柄	被保険者証返還状況		被保険者証返還数	
	令和 4 年 1 月 1 日	1. 添付 (1 枚)	2. 滅失 (枚)	3. 返還不能 (枚)	2. 3. の場合の状況・理由		1 枚	

資格喪失の理由

- 任意脱退したため
- 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。
- 任意継続被保険者が死亡したため。
- 保険料を納付期日までに納付しなかったため。
- 次のア.～ウ. 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)
 - ア. 健康保険
 - イ. 各種共済保険
 - ウ. 船員保険
 - エ. 後期高齢者医療制度 75歳到達
 - オ. 後期高齢者医療制度 65歳～74歳で障害認定を受けた

◎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。

(1) 新たに取得した被保険者証の記号・番号 (123 ・ 456)

(2) 資格取得年月日 (4年 1月 1日)

※喪失証明書発送
令和 年 月 日

【注】

- 太線枠の内側を記入して下さい。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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)