

受付年月日

専務理事	常務理事	事務長	部長	係長	係員

任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日

※太枠内をご記入ください

任意継続の健康保険被保険者証 記号・番号	記号	9	9	9	9	番号					
住所	(〒 -)										
被保険者氏名	⑩										
電話番号	()										

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和		年		月		日
資格喪失事由 ア、イのいずれかを「○」で囲み、 再取得後の被保険者証の記号番号を 記入してください。	ア 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 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 保険者（組合、協会けんぽ等）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 ） 再就職先の健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。						
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため ① 後期高齢者医療の被保険者番号 () ② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 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 ）						

◎裏面の留意事項等を必ずご一読ください

※任意継続の被保険者証を必ず添付してください。

申出書記入の留意事項

- ① 資格喪失年月日は、健康保険、船員保険または後期高齢者医療制度の資格取得年月日（被保険者となった日）を記入してください。
- ② 任意継続被保険者の資格喪失の事由「ア」「イ」のいずれかを「○」で囲み、選択した項目の①から③に該当事項を記入してください。

申出書に添付して提出するもの

- ① 被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての任意継続の「健康保険被保険者証」の添付が必要です。
また、「健康保険高齢受給者証」、「健康保険限度額適用認定証」等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
- ② 再就職された方（資格喪失事由が「ア」の方）は、資格取得年月日確認の為、再就職先の健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。

留意事項

資格喪失月の保険料を納めていただく必要はありません。既に資格喪失月以降の保険料を納付していただいている場合は、当組合にて再就職先の健康保険被保険者証の写しを確認し、資格喪失処理をした後に、保険料の還付ができる場合は、後日改めて「保険料還付請求書」を送付いたします。

ただし、資格の取得と喪失が同月の場合は、保険料が発生いたしますので、保険料の還付はありません。