

受付年月日

専務理事	常務理事	事務長	課長	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												
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。

※ 申出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。

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。