

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

被保険者等の 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、ウのいずれかを「○」で 囲み、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) <u>再就職先の資格確認書または資格情報のお知らせのコピーを必ず添付してください。</u>										
	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)										
	ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※申出書受理日の翌月1日で資格を喪失します。										

◎裏面の留意事項等を必ずご一読ください

※ア、イの場合、任意継続の資格確認書（健康保険被保険者証）をお持ちの場合は必ず添付してください。

※ウの場合、任意継続の資格確認書（健康保険被保険者証）をお持ちの場合は申出書受理日の翌月1日以降に必ず返却してください。

近畿電子産業健康保険組合

R6.12 改定

申出書記入の留意事項

- ① 任意継続被保険者の資格喪失の事由「ア」「イ」「ウ」のいずれかを「○」で囲み、選択した項目に該当事項を記入してください。
- ② 資格喪失年月日は、資格喪失事由が「ア」「イ」の場合は健康保険、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。「ウ」の場合は、資格喪失申出書受理日の翌月1日となります。

※ 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

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、再就職先の資格確認書または資格情報のお知らせのコピーを必ず添付してください。

任意継続の資格確認書（健康保険被保険者証）の返却について

- ① 喪失事由が「ア」「イ」の場合
 - ・「資格確認書（健康保険被保険者証）」をお持ちの場合は、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「資格確認書（健康保険被保険者証）」を申出書に添付して返却してください。
 - ・「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返却してください。
- ② 喪失事由が「ウ」の場合
 - ・「資格確認書（健康保険被保険者証）」をお持ちの場合は、資格喪失日（受理日の翌月1日）以降に、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「資格確認書（健康保険被保険者証）」を返却してください。
 - ・「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返却してください。

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、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。