

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	保険証の記号番号	記号	8	8	番 号	○	○	○	○	○
	氏 名	カガナ △△△ △△△								
		△ △ △ △ △ △ 男・女								
	生年月日	昭和・平成 △ △ 年 △ △ 月 △ △ 日生								
住 所	〒 △△△-△△△△ △△ 都道 △△△△-△-△△ 府県									
	連絡先 (△△△) △△△△-△△△△									

私は、下記の事由に該当しますので、申し出いたします。

資格喪失年月日 (新規に保険資格を取得した日)	令和 △ 年 △ △ 月 △ △ 日
資格喪失の事由	(該当する番号に○印) 1. 健康保険(協会けんぽ)の被保険者資格を取得したため 2. 船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 共済組合の被保険者資格を取得したため 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 5. 被保険者でなくなることを希望する旨の申出をするため
摘 要	※交付されているすべての被保険者証等を添付してください。万が一、紛失等で添付できない場合は下記欄に記入願います。
	紛失した保険証等 (該当する番号に○印) 1. 健康保険証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受給者証 <紛失理由> 氏名 _____

※ 裏面に新しく取得されました保険証の写しを貼付してください。

この書類の提出が必要なとき

任意継続被保険者が、適用事業所に使用されるに至ったときなどの場合は、遅滞なくこの「任意継続被保険者資格喪失申出書」の提出が必要です。

※ 注意事項

1. この申出書は、次のいずれかの事由に該当したときは提出が必要です。

- ① 再就職をして他の医療保険者の被保険者となったとき
- ② 75歳になったとき
- ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨の申出をしたとき

2. 任意継続被保険者資格確認書の交付を受けている方は返納してください。

また、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて返納してください。

なお、上記の証を紛失し、添付できない場合は「摘要欄」に紛失等の理由を記入願います。

。

3. 資格喪失日の確認のため、再就職先で『資格情報のお知らせ』を受領された方は写しを同封してください。適正な手続きのためご協力願います。