

受付印

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

玩具人形健康保険組合 理事長 殿

任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。

令和 年 月 日

記号	番号	被保険者氏名	
4444		申出人氏名	(被保険者が死亡している場合のみ記入してください) 被保険者との続柄 ()
被保険者(申出人)	住所	郵便番号 (-)	
	電話番号	- -	

任意継続被保険者の資格喪失事由 (1～5の該当する番号を○で囲んでください)

資格喪失事由	被保険者証の使用期限 <small>被保険者証の使用期限の翌日以降は被保険者証を使用して保険診療等は受けられません</small>
1. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため <small>・資格喪失年月日は、申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ・申出書を健保組合が受理した日の属する月分まで任意継続被保険者の保険料がかかります。 ・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</small>	資格喪失を申し出た月の末日まで
2. 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)	死亡日まで
3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	後期高齢者医療制度加入の前日まで
4. 船員保険の被保険者資格を取得したため	船員保険の加入日の前日まで
5. 他の健康保険の被保険者資格を取得したため	健康保険等の加入日の前日まで

(4・5の場合は新しい職場の保険証等の本人分の写しを添付してください)

写し添付欄

資格喪失後は、速やかに当健康保険組合の被保険者証を返還してください。

- 上記の資格喪失事由または該当期間満了の場合は、「資格喪失証明書」を交付します。
- 任意継続被保険者該当期間満了による資格喪失は、この申出書の提出は必要ありません。