

| | | | | |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 係員 |
| | | | | |

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

| | | | | | | | | | | |
|-------|----------|-----|----|--|----|------|-----|--|------|---------------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | 200 | 番号 | | 氏名 | | | | 生年月日 | 昭・平 年 月 日(歳) |
| 住所 | 〒 | | | | | 電話番号 | () | | | |

資格喪失の事由(該当項目の□にレ印をご記入ください。)

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|-------------|--|--|
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため(令和4年1月1日施行) | | | | | |
| 健保組合がこの申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります(例 令和4年2月20日受理 → 令和4年3月1日が資格喪失日)。 保険料を前納している場合でも資格喪失が可能です。なお、未経過期間がある場合は保険料を還付します。 保険証は翌月1日以降に健保組合に送付してください。なお、申出後の取消は出来ません。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
| 就職先の健康保険または船員保険の記号番号 | 記号 | | 番号 | | |
| 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 | | | | | |
| 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため | | | | | |
| 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 | | | | | |
| 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 | () | | 後期高齢者医療広域連合 | | |
| 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |

新まの
した方
は、は
資格、
資格、
情報必
確認ず
の書コ
をおピ
知を
ら持
せ付
し
て
く
だ
さ
い

上記の事由に該当するため、申出します。

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 確認欄 | 下記を確認の上、左に☑をご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

<健保処理欄>

| | | | |
|-----|----|---|-----|
| 保険証 | 有 | ・ | 無 |
| 返金 | 有 | ・ | 無 |
| 返金日 | 令和 | 年 | 月 日 |

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2024.12改定