

| 常務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 業務課長 | 課長補佐 | 担当者 |
|------|------|-------|------|------|-----|
|      |      |       |      |      |     |

|        |              |          |          |          |             |
|--------|--------------|----------|----------|----------|-------------|
| 被保険者情報 | 被保険者<br>記号番号 | 記号<br>番号 |          |          |             |
|        | 氏名           | (フリガナ)   | 生年<br>月日 | 昭和<br>平成 | 年<br>月<br>日 |
|        |              |          |          |          |             |
|        | 住所           | 〒        | 電話<br>番号 | ( )      |             |

|        |                                                      |                  |       |    |       |
|--------|------------------------------------------------------|------------------|-------|----|-------|
| 資格喪失事由 | <input type="checkbox"/> ① 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 |                  |       |    |       |
|        | 新たに取得した健康保険の被保険者の記号番号                                |                  | 資格取得日 | 令和 | 年 月 日 |
|        | 適用事業所の名称                                             |                  |       |    |       |
|        | 適用事業所の所在地                                            |                  |       |    |       |
|        | <input type="checkbox"/> ② 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番号                                       |                  | 資格取得日 | 令和 | 年 月 日 |
|        | 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会 |       |    |       |
|        | <input type="checkbox"/> ③ 死亡のため                     |                  |       |    |       |
|        | 死亡年月日                                                | 令和 年 月 日         |       |    |       |
|        | <input type="checkbox"/> ④ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため    |                  |       |    |       |

| 喪失事由 | 添付書類                                                                                                                                                                                                                                       | 注意事項                                                                                                                                     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①又は② | <p>●「資格確認書」や「健康保険証(被扶養者を含む)」の交付を受けている場合は、該当するものを添付してください。</p> <p>高齢者受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せて添付してください。</p> <p>●新たに加入された健康保険の保険者より交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し</p>                                                                     | <p>○任意継続被保険者の資格喪失日は、新たに加入された健康保険の資格取得日となります。</p> <p>○任意継続被保険者の保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。</p>                                                 |
| ③    | <p>●死亡日の確認ができるもの<br/>(死亡診断書の写し、住民票の除票など)</p>                                                                                                                                                                                               | <p>○任意継続被保険者の保険料は、死亡日の翌日が属する月の前月分までとなります。</p> <p>○既に納付済の保険料がある場合は、別途、添付書類が必要となりますので、当組合へご連絡ください。</p>                                     |
| ④    | <p>●「資格確認書」や「健康保険証(被扶養者を含む)」の交付を受けている場合は、該当するものを添付してください。</p> <p>③資格確認書、健康保険証の添付について</p> <p>資格喪失事由が④の場合、申出月の月末までは資格確認書または健康保険証を使用することができます。月末まで資格確認書または健康保険証を使用する予定がある場合は、この申出書に添付せず、申出月の翌月1日以降、速やかに当組合あてご送付ください。高齢受給者証や限度額認定証なども同様です。</p> | <p>○任意継続被保険者の資格喪失日は、この申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。</p> <p>○任意継続被保険者の保険料は、この申出書を受理した日の属する月分までかかります。</p> <p>○申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。</p> |

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| 健康保險組合<br>記入欄 | 令和      年      月      日 喪失 |
|---------------|----------------------------|