

常務理事	事務長	係長	係員

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

記号 - 番号	被保険者の氏名	※被保険者証回収区分	
2132 -	Ⓜ	添付 1	返不能 2
		滅失 3	
被保険者の住所・電話番号			
〒 -			
都道府県		Tel. - -	
生年月日	性別	※資格喪失年月日	
昭和 平成	男・女	平成 令和	
資格喪失の原因			
<p>《該当する項目番号に○をご記入ください》</p> <p>1. 健康保険の被保険者資格を取得したため（資格喪失年月日は資格取得年月日）</p> <p>【必要書類】</p> <p>保険証（扶養家族全員の方も）</p> <p>該当する場合は高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病受療証</p> <p>新しく加入した健康保険の保険証のコピー（本人分のみ）</p> <p>2. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</p> <p>（資格喪失年月日は申出書を受理した月の翌月1日）</p> <p>※投函日ではなく当組合に到着した日の属する月の翌月1日</p> <p>【必要書類】</p> <p>申出書には添付書類は不要です。</p> <p>※保険証・高齢受給者証は資格喪失後（翌月1日以降）に返却のこと</p> <p>※申出後に資格喪失を取り消すことはできません</p>			
《備考》			

受 付 日 付 印

〈注意事項〉

- 「※」欄は記入しないでください。
- 元号は該当する文字を○で囲んで下さい。
- 被扶養者分も含む全ての保険証を返却ください。
- 保険者証を滅失した時は、「健康保険被保険者証等滅失・き損交付申請書」「被保険者証滅失理由書」を提出ください。当組合のホームページからダウンロードできます。

(20220101改訂)