

常務理事	事務長	係長	係員

【記入例】

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書 ※押印を忘れずに！

記号 - 番号	被保険者の氏名	※被保険者証回収区分	
2132 - 9999	日本 太郎 印	添付 1	返不能 2
被保険者の住所・電話番号		減失 3	
〒 020 - 0021			
岩手	都道府県 県	盛岡市中央通〇〇丁目〇番〇号	Tel. 019 - 222 - 3333
生年月日		性別	※資格喪失年月日
昭和 平成	年 月 日 3 8 1 2 3 1	男 ・ 女	平成 令和
			※ こちらは未記入
資格喪失の原因			
《該当する項目番号に○をご記入ください》			
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）			
【必要書類】			
保険証（扶養家族全員の方も）			
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			
新しく加入した健康保険の保険証のコピー（本人分のみ）			
②. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため			
（資格喪失年月日は申出書を受理した月の翌月1日）			
※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			
【必要書類】			
申出書には添付書類は不要です。			
※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			
※申出後に資格喪失を取り消すことはできません			
《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滅失申請書」「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)