任意継続被保険者

資格喪失届出書

常務理事	事務長	係

令和　　年　　月　　日提出

健康保険被保険者	記号	0	1	0	0	被保険者氏名	（フリガナ）							性別	□ 男 □ 女
	番号					生年月日	□ 昭和 □ 平成		年		月		日		
被保険者の現住所	〒				―										
	自宅TEL			―		―		携帯TEL		―		―			

◆該当する資格喪失事由に✔をご記入ください

資格喪失事由							
□	1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため （資格喪失日・・・他健康保険の加入日）						
	就職日または新健保加入日	令和	年	月	日		
□	2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため （資格喪失日・・・後期高齢者医療制度の加入日）						
	後期高齢者医療制度加入日	令和	年	月	日		
□	3. 被保険者死亡のため （資格喪失日・・・死亡日の翌日） 死亡日　年　月　日						
	※届出書のご提出後、健保組合より手続きについて封書にてご案内いたします。下記に送付先をご記入ください。						
	書類送付先	届出者氏名		続柄			
		住所	〒　―				
		連絡先					
□	4. 本人の申出 （資格喪失日・・・この届出を健保組合が受理した日の翌月1日）						

※※※　資格喪失事由「4. 本人の申出」についての注意事項　※※※

①この届出書が健保組合に到着後は、原則として、申出の取消は認められません。

②資格喪失の申出日が属する月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合、該当月の納付期限日翌日から資格喪失となります。
申出日が属する月の保険料は納付期限までに必ず納付ください。

【 健保組合記入欄 】

受付日付印

資格喪失年月日		書 類	添付　　枚	還付	あり ・ なし

備考欄												

R6.12