

記入例

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり申し出ます。

健康保険証 記号・番号	記号	900	番号	9999	提出日	令和	○	年	○	月	○	日
被保険者 氏名	健 保 太 郎				生年月日	昭和 平成	○	年	○	月	○	日
被保険者 住所	(〒 999 - 9999) ○○○○○○○○○-○-○											
被保険者 電話番号	999 - 9999 - 9999 (日中に連絡が取れる番号)											

◆該当する資格喪失理由の番号に○をつけ、日付を記入し必要書類をあわせてご提出ください。

資格喪失理由		必要書類	
1	再就職により他の健康保険の被保険者となったため 資格取得日 令和 4 年 1 月 1 日	① 資格取得日が確認できる書類のコピー (新しい被保険者証・健康保険資格取得証明書 等) ② 大京健康保険組合の被保険者証 (家族分を含む) ※高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証の 交付を受けている場合はあわせて添付	
2	65歳～74歳で障害認定を受けたことにより 後期高齢者医療広域連合の被保険者となったため 資格取得日 令和 年 月 日		
3	申し出により資格喪失を希望するため 資格喪失日：当組合が申出書を受理した翌月1日	<u>添付書類なし</u> 申出後も当組合が受理した当月末まで資格があります。 被保険者証の返納は、翌月1日以降「資格喪失証明書」を 発送する際に同封する返信用封筒をご利用ください。	
4	被保険者が死亡したため 死亡日 令和 年 月 日	① 死亡日が確認できる書類のコピー (死亡診断書 等) ② 大京健康保険組合の被保険者証 (家族分を含む) ※高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証の 交付を受けている場合はあわせて添付	
	申出者 (ご遺族)	住所 (〒 -) フリガナ () 氏名	続柄

- 【注意事項】
- ・申出により資格喪失を希望した場合、申出後の取り消しは認められません。
 - ・資格を喪失した月以降の保険料は、資格喪失日を確認後に「還付金請求書」を送付します。
ただし、喪失月と取得月が同月の場合は、保険料の還付はありません。
 - ・被保険者死亡の際、申出者が扶養家族でない場合、身分確認のため別途書類提出をお願いします。

<健保処理欄>

[受付日付印]

資格喪失日	令和	年	月	日		
被保険者証回収日	令和	年	月	日		
還付金請求書送付	有 無	令和	年	月	日	送付