

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保受付印

※ 申し出後の取り消しは出来ませんので、ご注意ください。

## 任意継続被保険者資格喪失 申出書

1	被保険者記号・番号	記号	6	1	4	8	番号	2						
2	資格喪失の理由 および 喪失年月日	資格喪失理由 ↓ 該当する①～③のいずれかに○をつけてください										資格喪失年月日（説明）		
		①会社に就職し、健康保険の被保険者資格を取得したため 就職先の資格取得日： 令和 年 月 日										○就職先の健康保険の資格取得日が、任意継続の資格喪失日です ※就職先の「資格情報のお知らせ」（写）を必ず添付してください。		
		②任意継続健康保険の脱退を希望するため 例：国民健康保険に加入する、被扶養者申請のため 等										○喪失希望の方は、本申出書を当健保組合が受領した日の翌月1日です		
		③被保険者が死亡したため 事由発生日： 令和 年 月 日										○死亡日の翌日が資格喪失日です ※市区町村等の埋葬許可書、火葬許可書、死亡診断書、死亡検案書の いずれか1点の写しを必ず添付してください。		
3	「資格喪失証明書」の 発行希望有無	上記「資格喪失理由」において、②または③を選択された方のうち、「資格喪失証明書」の発行を希望される方は、下記☐にチェックをしてください <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書を希望する												
4	備考欄													

<必ずお読みください>

○毎月の保険料を「口座振替」で納付いただいている方が脱退を希望される場合、本申出書を当健保が受領した日によっては、振替中止が間に合わず、一旦、翌月の振替が行われることがあります。その場合、後日ご指定の口座へ保険料をお返しすることになりますので、あらかじめご了承ください。

○「資格確認書」が交付された方は、「資格確認書」を必ずご返却ください。

○資格喪失後に当健保の保険資格で医療機関を受診された場合、医療費や保健事業費の返還を請求をすることになりますのでご注意ください。

上記のとおり、申出いたします。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

令和 年 月 日

住所		電話番号	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日

（令和8年3月）