

記入例
脱退希望の場合

健保受付年月日

健保記入欄

健康保険証 枚
限度額適用認定証 枚
高齢受給者証 枚

任意継続被保険者資格喪失 申出書

1	被保険者証 記号 - 番号	記号 6148 - 番号 (2812345)	2から始まる保険証の番号を記入してください	来ませんので、ご注意ください。
2	資格喪失年月日	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 ※就職先の健康保険証の写し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	資格の希望有無	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。	
		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 checked="" type="checkbox"/> 資格喪失証明書を希望する ※喪失証明書は、喪失日以降送付します。事前に送付することは出来ません。		
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。

○お手持ちの「健康保険被保険者証」は、資格喪失後に必ずご返却ください。資格喪失後に当健保の保険証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。

令和 4年 3月 10日

【住所】 (〒555-4567) ○○県□□市△△町1-3-4

【電話番号】 090-xxxx-□□□□

【氏名】 健保 太郎

【生年月日】 昭・平 ○○年 △月 □□日

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。