

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日

音羽健康保険組合理事長 殿

任意継続加入者の資格喪失を申し出ます。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者の 氏名	昭 平	年 月 日
住所	〒			電話番号	
資格喪失事由 (該当の数字をご記入ください)	1. 再就職し、他の健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 申し出により、任意継続被保険の資格を喪失するため 3. 75歳到達し、後期高齢者医療制度に移行したため 4. 死 亡				
資格喪失年月日	令和 年 月 日 * 健保が記入します。 ・再就職の場合は、新たに社会保険に加入した年月日が資格喪失日となります。 ・被保険者からの申出の場合は、その申出が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。 ・後期高齢者移行の場合は、後期高齢者医療制度に加入した日(75歳の誕生日)が資格喪失日となります。 ・死亡の場合は、亡くなられた日の翌日が資格喪失日となります。下記に埋葬を行う方の氏名をご記入ください。				

- この申出書には、今まで使用されていた任意継続の保険者証(被扶養者分を含む)を添付してください。
高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、そちらもあわせて添付してください。
- 再就職の場合は、新しく資格取得された健康保険証のコピーを下記に貼付してください。
- 死亡の場合は、埋葬を行う者が届け出てください。 埋葬を行う者の氏名 _____

(保険証 貼付欄)

受付日付印
