

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長		担当

記入日: 令和 年 月 日

記号番号	フリガナ	年齢	生年月日	携帯番号
6188 -	氏名	印	昭和 平成 年 月 日	
住所	〒 -			

【 資格喪失の事由 】 該当事由に☑してください。

就職により健康保険または、船員保険の被保険者資格を取得したため

就職した事業所 名称・所在地	名称 : 所在地 :
就職した事業所で * 新たに取得した 記号・番号	新たな記号番号:
* 資格取得年月日	就職先の担当者に健康保険資格取得日をご確認ください。 令和 年 月 日

*新たな資格情報の確認まで数週間を要する場合がありますため、現時点でわからない場合はご記入不要です。
後日、新たな『資格情報のお知らせ』のコピーを送付願います。

- ① 本書をご記入の上、同封の返却用封筒にて当健康保険組合宛てにご郵送ください。
- ② 新たな『資格確認書』か『資格情報のお知らせ』を勤務先から交付された後、資格取得日・番号について当組合より確認を行います。
- ③ 当月の保険料を納付したのちに、勤務先で社会保険に加入された場合は、保険料を還付請求することができます。
(任意継続加入の初月の場合のみ、還付できない場合があります。)
還付が生じる場合、当組合より書類送付します。還付請求の際、新たな『資格確認書』か『資格情報のお知らせ』の写しを添付して下さい。

申出による場合

任意継続資格喪失申出日	令和 年 月 日
申出理由(該当する番号に○):	1. 他保険加入のため 2. その他

申出日の月末まで『資格確認書』及び『資格情報のお知らせ』は利用可能ですが、月末付けで速やかにご返却下さい。

原則受理日は健保組合へ到着日となりますが、昨今の郵便事情により消印日をもつての判断もありますので記入日は必ずご記入ください。

＝注意事項＝

- 誤って、喪失日以降に当健保組合の保険を使用した場合は、その分を請求させていただく事となります。
(限度額認定証を交付されている方は、併せてご返却願います。)

組合記入【 摘要欄 】

● 喪失事由	1. 就職(社会保険取得)	4. 納期限までに保険料を納付しなかった
	2. 後期高齢者医療被保険者資格取得	5. 被保険者が死亡した
	3. 2年を経過した(期間満了)	6. 被保険者の申し出

● 証回収日 年 月 日

取得日等確認日 年 月 日

新たな 記号番号 チェック

新たな 保険者 チェック

枚

還付の有無 有・無

還付申請書の発送日 年 月 日

還付処理完了日 年 月 日