健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記の①～③の資格喪失事由により任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
（①～③以外の理由でこの申出書を提出することはできませんのでご注意ください。）

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号　９９９　　番号		
	フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	氏名			
	現住所	〒　　－　　都・道 府・県		
			電話番号	（　　）

●該当する資格喪失事由に✔を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由	☐ ①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	
	◆再取得（就職）後の健康保険 または船員保険の被保険者等記号・番号	記号　　番号
	◆適用事業所または船舶所有者の名称	
	◆資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
	☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	◆後期高齢者医療の被保険者の被保険者番号	
	◆都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	（　　）後期高齢者医療広域連合
	◆資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
	☐ ③任意継続被保険者でなくなることを希望するため	

【資格喪失事由①または②の方の添付書類】

・新たに取得した健康保険の資格情報のお知らせの写しまたは資格確認書の写し、資格が確認できるものなど
・当組合が交付している被保険者証または資格確認書
（高齢受給者証、限度額認定証等交付を受けている方はすべてご提出ください。）

【資格喪失事由③の方の留意事項】

・資格喪失年月日は、この申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月１日となります。
・保険料は、この申出書を当組合が受理した日の属する月分までかかります。
・被保険者証または資格確認書は、この申出書に添付しないでください。（翌月１日以降に当組合に送付してください。）
・申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

受付年月日

組合記入欄	令和　　年　　月　　日　喪失　（ 還付 ： 有 ・ 無 ）

提出先　〒110-8639　東京都台東区東上野 1-13-14
関東百貨店健康保険組合　業務第一課
ＴＥＬ　03-3833-6141　※ご不明な点がございましたら当組合までご連絡ください。