

常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

健康保険の 記号番号	800 —		
被保険者の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日	※資格取得の場合は新しい保険の資格取得日 ※死亡の場合は死亡日の翌日	

資格喪失の事由 (該当する事由欄を記入してください)	●健康保険・船員保険の被保険者資格を取得したため			
	再取得後の健康保険の記号番号			
	事業所の名称・所在地	名称		
		所在地		
	資格取得年月日	令和 年 月 日		
	●後期高齢者医療制度の被保険者となったため			
	後期高齢者医療の記号番号			
	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		
	●被保険者が死亡したため			
死亡年月日	令和 年 月 日			

上記のとおり申出します。	令和 年 月 日
被保険者氏名 (死亡の場合は届出者)	
〒	-
被保険者住所 (死亡の場合は届出者)	
連絡先	( )

受付日付印

## 【注 意 事 項】

### ●保険料について

資格を喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付請求書」を送付しますので、返還請求をしてください。

※資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料が必要となります。

### ●被扶養者がいる場合について

被保険者の資格喪失とともに被扶養者ではなくなりますので被扶養者(異動)届の提出は不要です。

### ◎添付書類

- ・当組合から交付されている全ての保険証（高齢受給者証、限度額認定証）、資格確認書等
- ・新たに取得した健康保険の「資格情報のお知らせ」のコピー