

健 保 組 合 使 用 欄	決 裁			資格喪失年月日			
	常務理事	担当上司	担 当	令 和	年	月	日

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

記 号	9901	フリガナ		性別	男・女
番 号		被保険者氏名			
		生年月日	昭和・平成	年	月 日
申出者氏名	(被保険者が死亡の場合のみ記入してください) (被保険者との続柄： )				
被保険者住所・電話番号	〒 — (フリガナ) 都 道 府 県				
(被保険者が死亡の場合は申出者の住所・電話番号)	※日中ご連絡することもありますので、出来る限り自宅・携帯の両方の電話番号をご記入願います。				
	自宅	—	—	携帯	— —
被保険者のマイナンバー	(被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要)				

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

喪失事由 (該当する番号・項目を○で囲んでください)		任意継続被保険者証の使用期限
1. 被保険者本人の申し出による喪失	a. 国民健康保険に加入 b. 健康保険等の被扶養者となる c. その他(理由: )	資格喪失申出書を健保組合が受理した月の月末まで
2. 被保険者の死亡 (死亡日をご記入ください) (令和 年 月 日死亡)		死亡日まで ※埋葬料の請求をしてください。 (用紙は当組合HPからダウンロード可)
3. 健康保険等の適用されている職場に就職した (新しい保険者証の写しを添付してください)		新しい健康保険等の資格取得日の前日まで

当組合の保険者証の添付 (該当する番号を○で囲んでください)		保険者証を紛失した場合は、「被保険者証滅失届」を提出してください。(用紙は当組合HPからダウンロード可)
被保険者本人分	1. 有 2. 後日返納	
被扶養者分	1. 有 ( 枚) 2. 後日返納 ( 枚)	

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

- 上記の資格喪失事由が1または2の場合は、「資格喪失証明書」を交付します。
- 任意継続被保険者証の使用期限の翌日以降は、任意継続被保険者証を使用しての保険診療等は受けられませんのでご注意ください。喪失後当組合の保険証を使用して医療機関等を受診した場合は、健保組合負担分を返還していただくことになります。
- 任意継続加入期間満了による資格喪失は、この申出書の提出は必要ありません。満了日までに「資格喪失証明書」を交付します。

《提出先・問い合わせ先》

〒910-8510 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階

三谷健康保険組合

TEL 0776-20-3155

ホームページ <https://www.mitani-kenpo.jp>