

常務理事	事務長			係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失届（申出書）

■任意継続被保険者情報記入欄

記号・番号	900・	氏名	
住所	〒		
生年月日	年 月 日	電話番号	()

■資格喪失の事由（該当項目に☑チェックをご記入ください）

<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者資格を取得したため（再就職により被保険者となった場合等）			
①再取得後の保険者名称及び保険者番号			
②再取得後の健康保険記号・番号			
③適用事業所の名称及び所在地	名称		
	所在地		
④資格取得年月日	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 申出により任意継続の資格を喪失したため（国民健康保険加入や家族の扶養となる場合等）			
※申出が受理された日の属する月の翌月1日が喪失日となります			

【必要書類】

- ・新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」のコピー（被扶養者分も必要）
- ・当健康保険組合の被保険者証（資格確認書）・高齢受給者証・限度額適用認定証をお持ちの場合は併せてご返却ください。（被扶養者分も必要）

上記の【必要書類】は以下のとおり当健康保険組合まで提出してください。

「健康保険の被保険者資格を取得したため」に☑をされた場合



【必要書類】はこの喪失届に添付してご提出ください。

「申出により任意継続の資格を喪失したため」に☑をされた場合



【必要書類】は資格喪失日以降、改めて別送にてご提出ください。