健康保険　任意継続被保険者　資 格 喪 失 申 出 書

ウの任意脱退の場合を除き、現在交付されている全ての被保険者証または資格確認書を添付してください。
また、高齢受給者証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	生　年　月　日	被保険者の氏名	
	210　―	昭和 平成　年　月　日		被保険者がお亡くなりになっている場合は、ご遺族等よりお申し出ください。
	〒　　―			
	電話番号		携帯電話	

資格喪失の事由（該当項目に✔印をご記入ください。）	資格喪失年月日	令　和　　年　　月　　日	
	□	ア　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 ※ 新たに取得した資格確認書または資格情報のおしらせのコピーを添付してください。	
	上記に✔印した場合にご記入ください	資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
		就職先の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号	記　号　　番　号
		適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名　称
			所在地
	□	イ　後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	上記に✔印した場合にご記入ください	資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
		後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号	
		都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	（　　都 道 府 県 ） 後期高齢者医療広域連合
	□	ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望します。（任意脱退）	
		・任意脱退の場合、当健康保険組合がこの資格喪失申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 ・任意脱退の申出の取り消しはできませんので、ご注意ください。 ・任意脱退の資格資格喪失日は、申出が受理された日の翌月1日となりますが、保険料を納めず納期日の翌日に資格喪失した場合は、先に到来した日が資格喪失日となります。 ・任意継続被保険者証等は、当健康保険組合の送付する資格喪失通知書が届いてから返納してください。	
	□	エ　死亡のため	死亡日　令和　　年　　月　　日 ●埋葬料（費）支給申請書も併せてご提出ください。
		亡くなられた被保険者の氏名	
	摘 要 欄		

上記の事由に該当するため、申出します。　　令和　　年　　月　　日提出

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長　様

受付日付印