任継 03

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書 兼還付申請書

【申請時の注意】

1） 太ワク内は、必ず記入してください。
2） 当健保発行の※保険証（加入者全員分）を本申請書と同封にて返却してください。
ただし、下記 資格喪失理由が3の場合は、資格喪失日以降に返却してください。
3） 高齢受給証・限度額認定証などの各種証書（当健保より発行されている場合）も同様に本申請書と同封にて返却してください。

（※）保険証：令和6年12月1日以前に発行された保険証

健康保険	記号	番　号		提出日	令和　　年　　月　　日
	9　9			フリガナ 氏名	
	住所 電話	〒　　－ 都道 府県 電話（　　）　　－			（ｱﾊﾟｰﾄ・ﾏﾝｼｮﾝ名もご記入ください）

資格喪失の理由（該当する理由に○をつけてください）	必要書類
1 再就職先の健康保険に加入したため 資格取得日 ：　　年　　月　　日	・再就職先の資格取得情報のお知らせ等 資格取得日が分かる書類のコピー
2 被保険者本人が死亡したため 死亡された翌日：　　年　　月　　日	・死亡診断書のコピー または死亡検案書のコピー
3 申出により、他健保への加入を希望するため 該当項目に✓チェックしてください ☐ 国民健康保険加入　☐ 家族の被扶養者になる **※本申請書を当健保が受理した翌月1日が資格喪失日となります。**	・必要書類なし

※上記 資格喪失の理由が 1 の場合は資格喪失証明書の発行は不要です。

資格喪失証明書の発行　　要　/　不要　　○をつけてください

健保処理	入 力	資格喪失日

健保処理	常務理事	事務長	ﾏﾈｰｼﾞｬｰ	主 任	担 当

受付日付印