

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

注意事項

◎この申請書は以下の事由で任意継続の被保険者資格を喪失する場合のみ提出するものです。

- ア. 就職等によって健康保険・船員保険・共済組合などの被保険者資格を取得した場合
- イ. 65歳から74歳までの方で一定の障害にあることで後期高齢者医療制度の被保険者になった場合
- ウ. 本人の申し出により資格喪失を希望する場合(任意脱退)

◎ 資格喪失月の保険料は必要ありません。既に保険料を納付している場合は「任意継続被保険者還付申請書」を提出してください(その場合は本票の届出は不要です)

被保険者について	保険証の記号・番号	2	0	1	—						
	被保険者の氏名及び生年月日										
		生年月日 : 年 月 日									
	住所	〒 -									
日中連絡先	TEL	()								(自宅・携帯・その他)	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失について	資格喪失の事由 該当する申出理由(ア・イ・ウ)を選んで○で囲み、必要事項を記入してください。 アとイの場合は、再取得後の保険証の記号・番号等を記入してください。	ア 就職等によって健康保険等の被保険者資格を取得したため ① 再取得後の健康保険または船員保険の保険証の記号番号(記号 番号) ② 事業所(会社名等)または船舶所有者の名称及び所在地 名称 : 所在地 : ③ 新しい健康保険等の資格取得日 : 年 月 日
		イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため ① 後期高齢者医療の被保険者番号() ② 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) ③ 後期高齢者医療制度の資格取得日 : 年 月 日
		ウ 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため(任意脱退) ※ 資格喪失日は、本申出書が受理された日の属する月の翌月1日になります。

その他提出物	<ul style="list-style-type: none"> ● 公文健康保険組合が交付した保険証または資格確認書 <ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として任意継続の資格喪失日以降5日以内に返納してください ● 喪失事由がアとイの場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに取得した保険証のコピー ● 以下は該当する場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 公文健康保険組合が交付した家族の保険証または資格確認書 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 保険証を紛失している場合は「保険証紛失届」
--------	--