任意継続被保険者 資 格 喪 失 申 出 申 請 書

公文健康保険組合 理事長 様

申請年月日 令和 年 月 日

	保険証の記号番号	被保険者氏名及び生年月日					被保険者の住所等					
被保険者(申請者)記入欄	201 –						Ŧ					
		生年	月日:	年	月	日	日中連絡先	Tel ()	_	
		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										
	資格喪失を申出る事由 該当する項目を選び、 ○で囲み、ご記入ください。	•	喪失年月	日:			年 月		日			
		イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため										
		•	喪失年月	日:			年 月		日			
		ウ. 被(保険者がる	花亡した	ため							
			喪失年月	日:			年 月		日			
		エ. 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため(申出による任意脱退)										
		※ 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日となります。										
	保 険 料(還 付 分)送 金 先 情 報											
	振	支师	占名	種	別		口座番号]座名	長(カナ氏名)	
	込 先				自座 音通							
	※被保険者が死亡の場合は、申請者(法定相続人)の氏名等を記入してください。											
	氏 名			皮保険 者	との紡	柄		住	所		等	
							〒					
								Tel ()	_	
	喪失理由が就職の場合			就職先の健康保険証の写								
沃	要失理由が就職の場		U ////-	ルノし ♥ノ X=	: /AK /K /S	чш.						
添付書	要失理由が就職の場 要失理由が後期高 医療制度へ加入の場	冷者					保険者証の写					

※公文健康保険組合が交付した保険証等

喪失理由が死亡の場合

保険証

・ 原則として任意継続の資格を喪失した日から5日以内に返納してください。

・ 限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証等の交付がある場合は併せて返納してください。

但し、既に保険給付金の請求の際に添付して提出している場合は不要

・ 保険証を紛失している場合は「保険証紛失届(資格喪失時)」を作成して提出してください。

記入方

法

- ・ 喪失年月日は就職の場合は就職した日を、後期高齢者医療制度の被保険者になった場合は資格取得日を、 死亡した場合は亡くなった日の翌日を記入する
- ・ 振込先は被保険者本人が請求する場合は、被保険者本人名義の口座を記入する
- ・ 被保険者死亡により法定相続人が申請する場合は、申請者名義の口座を記入する
- ※ 口座名義の欄はカタカナで氏名を記入してください

注意

本申請書は任意継続被保険者の資格を喪失する際に保険料の還付が発生する場合のみご使用ください。 保険料の還付が発生しない場合は「健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書」を作成してください。