

常務理事	事務長	課長	主任	係員

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

申請年月日	令和 年 月 日								
被保険者証	記号	200	番号	氏名	生年月日	昭・平	年	月	日(歳)
住所	〒				電話番号	()			

資格喪失の事由(該当項目の□にレ印をご記入ください。)

資格喪失年月日	令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため(令和4年1月1日施行)				
<p>健保組合がこの申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります(例 令和4年2月20日受理 → 令和4年3月1日が資格喪失日)。 保険料を前納している場合でも資格喪失が可能です。なお、未経過期間がある場合は保険料を還付します。 保険証は翌月1日以降に健保組合に送付してください。なお、申出後の取消は出来ません。</p>				
<input type="checkbox"/> 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				
就職先の健康保険または船員保険の記号番号	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				
資格取得年月日	令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
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	() 後期高齢者医療広域連合			
資格取得年月日	令和 年 月 日			

必ず新しい添付してください。

上記の事由に該当するため、申出します。

確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	<p>この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p>

〈健保処理欄〉

保険証	有 ・ 無
返金	有 ・ 無
返金日	令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2022.1改定