

常務理事	事務長	課長	係長	係員

任意継続被保険者 資格喪失届

申請日	平成 年 月 日	資格取得年月日	平成 年 月 日
健康保険 記号番号	9900 -	資格喪失年月日	平成 年 月 日
被保険者	氏名	⑩	
	住所	〒 ー 都 道 府 県 連絡先 ()	
届出者 <small>(死亡理由のみ)</small>	フリガナ		
	氏名	⑩	
	住所	〒 ー 都 道 府 県 連絡先 ()	
喪失理由 <small>(該当する所へ) ○をして下さい</small>	1. 再就職で他の健康保険に加入したため (新しい健康保険の資格取得年月日 平成 年 月 日)		
	2. 被保険者が死亡したため (被保険者が死亡した日 平成 年 月 日)		
	3. 後期高齢医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (後期高齢取得年月日 平成 年 月 日) ※「後期高齢医療制度」の詳細につきましては、各市区町村にお問い合わせください。		

【注意事項】

(注1)本紙は、被保険者が任意継続保険期間中に再就職及び死亡又は後期高齢医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったための事由が発生した場合のみ、ご記入のうえ送付してください。

(注2)送付の際は必ず任意継続被保険者証及び任意継続高齢受給者証(交付をうけている方)を添付してください。

※滅失された方は、別途健康保険高齢受給者証滅失届をご提出ください。

(注3)再就職された方は、就職が確認できる物を添付してください。(再就職先の保険証のコピー)

(注4)被保険者の死亡については死亡した日を証明できる書類を添付してください。

(死亡診断書コピー及び続柄のわかる除籍の謄本)

(注5)還付が発生した際には、資格喪失通知書等に還付請求書を同封いたしますので、ご請求ください。

※ご不明な点は、当健康保険組合業務第一課までお問い合わせください。 TEL(03-3409-7918)

受付日付印