

資格喪失

申出書

喪

再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。

被 保 険 者 情 報		記 号	番 号				生 年 月 日				
	記号・番号							1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日
	フリガナ								被保険者がお亡くなりになっている場合は、 ご遺族等よりお申し出ください。		
	氏 名										
	郵便番号				-				電話番号		
住 所											

資 格 喪 失 の 事 由	提出日	令 和 年 月 日										
	資格喪失事由	☐	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 再就職により船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため（国民健康保険への加入、被扶養者としての加入） 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（75歳到達） 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（障害認定） 6. 死亡したため									
	資格喪失年月日	令 和 年 月 日										
	記入上の注意点 ・資格喪失事由が1・2の場合…再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日（資格喪失年月日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が3の場合…提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。 ・資格喪失事由が4の場合…後期高齢者医療制度に加入した年月日（75歳の誕生日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が5の場合…後期高齢者医療制度の加入した年月日（認定年月日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が6の場合…亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。											
亡くなられた 被保険者の 氏名	資格喪失事由が（6.死亡したため）の場合のみご記入ください。											
	フリガナ											
	氏 名											

健康保険組合記入欄

健 康 保 険 組 合			
常務理事	常務理事 代理	事務長	担当者

受付日付印

--