| 健保 | | |
|---|---|---|
| 担当 | 事務長 | 常務理事 |
| | | |

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 提出日 | 令和 00 年 00 月 00 日 | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | 68×× － ×××× | 被保険者の生年月日 | 昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日 |
| | 被保険者の氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) ヤスカワ タロウ<br>(氏名) 安川 太郎 | 性別 | 男・女 |
| | 被保険者の住所 | 郵便番号 806 － 1234 電話 093 ( ○○○ ) ××××<br>北九州市八幡西区△△町××番××号 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 資格喪失の事由 | 資格喪失年月日 | 令和 00 年 00 月 00 日 | 就職の場合：就職した日（資格取得日）<br>死亡の場合：死亡日の翌日<br>後期高齢者：資格取得日<br>本人の希望：翌月１日 |
| | 資格喪失の理由<br>(該当する□に✓してください)<br>いずれかに✓してください | ☑ ①就職により、その会社の健康保険に加入したため<br>（添付書類：新たに取得した健康保険証のコピー「本人分」または資格取得証明書のコピー） | |
| | | □ ②被保険者の死亡のため<br>（添付書類：死亡診断書等死亡日が記載された書類のコピー） | |
| | | □ ③65歳以上で、一定の障がいにより後期高齢者医療制度が適用されることになったため<br>（添付書類：後期高齢者医療特定疾病療養受領証のコピー） | |
| | | □ ④任意継続被保険者でなくなることを希望するため | |

【注意事項】

◆ この申出書に添付して提出するもの

1．安川電機健康保険組合の「**健康保険被保険者証**」
- 「健康保険被保険者証」（ご本人）および被扶養者（ご家族）分は全てご返却ください。
- 「限度額適用認定証」「高齢受給者証」をお持ちの方は、併せてご返却ください。

2．資格喪失の理由に記載、添付書類をご提出ください。

3．被保険者の死亡のために資格喪失の場合は、埋葬料の請求ができますので、「埋葬料(費)請求書」を併せてご送付ください。

◆ 資格喪失の事由が④の場合

1．資格喪失日は、この申出書を当健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。
2．任意継続被保険者の保険料は、この申出書を受理した日の属する月分までかかります。
3．申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。
4．申出月の月末までは被保険者証を使用することができます。
月末まで被保険者証を使用する予定がある場合は、この申出書に被保険者証は添付せず、申出月の翌月1日以降5日以内に当健保組合までご送付ください。「限度額適用認定証」「高齢受給者証」なども同様です。

◆ 資格喪失後受診について

・資格喪失日以降に任意継続の健康保険証を使用された場合は、当健保組合で負担している医療費を後日請求させていただきます。

◆ 保険料返還について

・資格喪失月の保険料は不要です。返還がある場合は別途通知書をお送りします。