

常務理事	事務長	課長	係

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日

被 保 険 者	記号 - 番号	830 -	生年月日	昭・平 年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 —			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	—	—	—

資 格 喪 失 の 事 由  ( 該 当 項 目 に ☑ を ご 記 入 く だ さ い )	<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				
	被 保 険 者 と な っ た	記号 - 番号	—		
		事業所の名称			
		事業所の所在地			
		資格取得年月日	令和	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 任意で資格喪失を希望するため ※当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日が喪失日となります				
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	被 保 険 者 と な っ た	記号 - 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
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため 【 死亡日：令和 年 月 日 】					
申 請 者	氏名〔続柄〕	〔被保険者との続柄： 〕			
	住 所	〒 —			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	—	—	
摘 要 欄					

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記の事由により、任意継続被保険者の資格喪失の申出をいたします。  
岐阜繊維健康保険組合理事長 様

**※添付書類等の注意事項がありますので、必ず裏面事項を留意のうえ申請してください。**

### 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した場合

- ①新たに取得した保険証の写し(コピー)を添付してください。
- ②当保険組合が発行した保険証(被扶養者分も含む)を返納してください。
- ③限度額適用認定証の交付を受けている場合は返納してください。

### 任意で資格喪失を希望する場合

- ★資格喪失日は当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。  
資格喪失日以降に、
- ①当保険組合が発行した保険証(被扶養者分も含む)を返納してください。
  - ②限度額適用認定証の交付を受けている場合は返納してください。

### 後期高齢者医療制度の被保険者となった場合

- ①新たに取得した保険証の写し(コピー)を添付してください。
- ②当保険組合が発行した保険証(被扶養者分も含む)を返納してください。
- ③限度額適用認定証の交付を受けている場合は返納してください。

### 被保険者が死亡した場合

- ①死亡日が確認できる書類を添付してください。
- ②当保険組合が発行した保険証(被扶養者分も含む)を返納してください。
- ③限度額適用認定証の交付を受けている場合は返納してください。