

様式番号	
適	15

# 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

次のいずれかに該当したときは、資格がなくなりますので  
 本書に健康保険証を必ず添付して届出してください。  
 (被扶養者がいる方は枚数を確認願います。)

令和 年 月 日		
部長	課長	扱

喪失理由				任意継続被保険者の記号・番号				氏名				性別		
1. 健康保険(国民健康保険及び国保組合以外) あるいは船員保険の被保険者になったとき 2. 被保険者が死亡(令和 年 月 日)したとき 3. 後期高齢者医療広域連合へ加入したとき (一定の障がいにより、65~74歳で該当する場合のみ)	記号	5000		番号								男・女		
	生 年 月 日				* 資格喪失年月日				* 証回収年月日					
	昭和													
* 新しい健康保険証の記号・番号		新しい勤務先の名称・所在地						加入した年月日						
記号		番		名 称				令 和 年 月 日						
号		号		(TEL )										
				所 在 地										

\*データ処理欄(組合使用)

・ 前納	・ 還付
・ 単月	・ 返還

- 注1. \*印は当組合で記載しますので、それ以外の事項を記載のうえ提出してください。  
 注2. 喪失理由が2.に該当する場合、別途必要書類がございますので、当組合(適用課:011-261-3273)までご連絡ください。  
 注3. ニカ年満了、保険料未納の場合は届出は必要ありません。