

様式番号	
適	15

# 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

令和	年	月	日
部長	課長	扱	

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。)

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											
	平成												
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 (TEL )						令和 年 月 日					
号	号	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 1. に該当する場合、必ず新しい健康保険証の写を添付してください。

注3. 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4. 二ヵ年満了、保険料未納の場合は届出は必要ありません。