

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	健康保険証記号番号	20	—
2	被保険者氏名	フリガナ	
3	被保険者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
4	被保険者住所・電話番号	〒 —	TEL ( )

	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
5	資格喪失の事由 (該当項目に✓をいれていただきその内容を記入またはご確認ください。)	<input type="checkbox"/> 健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため	
		記入事項	① 再取得後の健康保険又は船員保険の記号番号 【 】
			② 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 所在地
			③ 資格取得年月日 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
		記入事項	① 後期高齢者医療制度の記号番号 【 】
			② 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
	③ 資格取得年月日 令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 死亡したため			
記入事項	① 死亡年月日 令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため			
確認事項	下記についてご確認ください。 <input type="checkbox"/> 当該申出の撤回はできません。 <input type="checkbox"/> 当該申出による資格喪失日は健康保険組合が受付した翌月1日となります。 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書は資格喪失日以後に交付します。		
	概要欄		

ご確認ください	社会保険の加入によって資格喪失をされる場合は、新しい被保険者証のコピーを添付してください。 また、交付していた万代健康保険組合の被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証等は必ず添付してください。 紛失をされている場合は、その旨を概要欄に記入してください。
---------	--

万代健康保険組合理事長 様

以上のおり申出いたします。

また、資格喪失後に誤って万代健康保険組合の保険証を使用していた場合には

速やかに医療費の返還に応じます。

令和 年 月 日

被保険者氏名

㊞