

健康保険  
任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事 事務長 担当者

記入例

記入日 2022 年 9 月 12 日

被保険者情報	被保険者証の	記号	1399	番号	1234	生年月日	1960 年 1 月 25 日
	氏名	健保 合			電話番号 (日中の連絡先)	012 ( 234 ) 5678	
	住所	(〒 111 - 1111 ) 〇〇県〇〇市〇〇町2-3-18					

資格喪失の事由 (該当項目に✓印をご記入ください)	<input type="checkbox"/>	就職して健康保険の被保険者になったため 【添付書類】 ①東り健康保険組合の保険証(被扶養者分も含む) ②高齢受給者証・限度額適用認定証(発行されている場合) ③新しく加入した健康保険の保険証の写し	資格取得日	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	任意継続被保険者でなくなることを希望するため * 東り健康保険組合で申出を受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 東り健康保険組合の保険証は資格喪失後5日以内に返納してください。 原則として資格喪失の申出の取消はできません。				
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者が死亡したため 死亡日 2022 年 8 月 3 日 申請者 健保 太一 被保険者との続柄 ( 長男 ) 【添付書類】 ①東り健康保険組合の保険証(被扶養者分も含む) ②高齢受給者証・限度額適用認定証(発行されている場合) ③埋葬料(費)支給申請書(下記のいずれか一つを添付してください) ●埋葬許可証の写し ●火葬許可証の写し ●死亡診断書の写し ●死体検案書の写し ●検視調書の写し				

※ 保険料前納払等、すでに保険料を納付している方は、資格喪失月以降の保険料を返還いたしますのでご記入ください。

還付金振込先	金融機関名称	〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店	
	預金種別	普通	口座番号	0 0 3 5 7 7 8	右づめでご記入ください
	口座名義	ケンポ タイチ			カタカナでご記入ください

## 被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。  
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カード  
または個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

健保使用欄	資格喪失日	年	月	日	還付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	還付該当月	年	月	~	年	月
	還付金支払日	年	月	日	還付額	円

受付日	処理日