

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

記入例

【申請者】

提出日

令和 ● 年 ● 月 ● 日

健康保険の 記号 - 番号	999 - ●	被保険者氏名	健保 太郎
住 所	〒 500 - 0000 大阪府大阪市●●町 1-2-3		
日中繋がる電話番号	TEL (090) ●●●● - ●●●●		※健保組合より連絡が入る 場合があります。

【喪失事由】

↓ 該当する番号を○で囲んでください。

1	再就職等により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
2	任意継続の脱退を希望するため（国民健康保険への加入・被扶養者としての加入）
3	後期高齢者医療制度の被保険者となったため
4	その他（ ）

【資格喪失年月日】

資格喪失年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	喪失事由1の場合:再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日 喪失事由2の場合:提出日の属する月の翌1日 喪失事由3の場合:後期高齢者医療制度に加入した年月日
資格喪失証明書 該当する方を○で囲んでください	発行を希望する	発行を希望しない

※ 資格喪失証明書は上記被保険者住所へ送付いたします。

※ 資格喪失月以降の納付済保険料は還付手続きを経て(資格取得時の申出書に記載いただいた口座へ)お返しいたします。

【添付書類チェックシート】

↓ 提出前に添付書類をご確認ください。添付したら☑

☑	任意継続被保険者証 (発行されている場合) 限度額適用認定証 高齢受給者証	被保険者	被扶養者 (1) 枚
		※ 添付できない場合はその理由と返却予定日を記入	
		理由:	返却予定日 令和 ● 年 ● 月 ● 日
☑	新しい健康保険の 資格情報のお知らせ または 資格確認書 (写し)	※ すでに新しい健康保険組合に加入している場合のみ添付	

※ 脱退日以降に当健保の健康保険証を使用された場合は、後日医療費を返還いただくこととなりますので、ご注意ください。

【提出先】

フジシールグループ健康保険組合

〒530-0054 大阪市北区南森町2-1-29 三井住友銀行南森町ビル5階

TEL:06-6755-4803 (平日9:00~17:00)

(健保記入欄)	常務理事	事務長	健保受付印
資格喪失年月日 令和 年 月 日			
標準報酬月額 千円		担当	