常務理事	部　長	課　長	担当者

健康保険　任意継続被保険者
資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	記号	9	9	9	番号						
	被保険者の生年月日	昭和・平成		年		月		日				
	被保険者の氏名	（フリガナ） （氏）			（名）							
	被保険者の住所	郵便番号	ー		電話	（　　）						

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失について	資格喪失年月日	令和		年		月		日
	資格喪失の事由 ※ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲んでください。 ※アならびにイで74歳以下の場合、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入のうえ、新たに取得した被保険者証の写しを必ず添付してください。 ※ウの資格喪失日は当組合がこの申出書を受理した日の翌月1日になります。 　また、申出後に取り消しはできませんのでご承知おきください。	ア　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 （1）再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 （　　） （2）適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名　称（　　） 所在地（　　） （3）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日）						
		イ　後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため （1）後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　　） （2）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 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）						
		ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望するため						
摘要欄								

※証回収欄	続柄	0	0	続柄			続柄			続柄			続柄		
	添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失		

関西文紙情報産業健康保険組合　受　付　日　付　印

◎裏面を必ずご覧ください。

2022.01

任意継続被保険者資格喪失申出書について

任意継続被保険者の方で、
ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した
イ　後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となった
ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望する
　場合に本申出書をご提出ください。

【ご記入の注意点】

① 「資格喪失年月日」欄は、「ア」「イ」に該当する方のみご記入ください。「ウ」により申し出る場合には記入しないでください。
② 「資格喪失年月日」は、健康保険・船員保険または後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となった日（資格取得年月日）を記入してください。
③ 「資格喪失の事由」欄の「ア」「イ」「ウ」のいずれかを「○」で囲み、「ア」「イ」の場合、選択した項目の(1)～(3)に該当事項を記入してください。
④ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者になったときは、「イ」を「○」で囲んでください。また、６５～７４歳の方で、一定の障害があることで、後期高齢者医療広域連合の認定を受け、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者になったときも「イ」を「○」で囲んでください。

【申出書に添付していただくもの】

① 被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証の添付が必要です。
また、高齢受給者証・限度額認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
ただし、ウの申出の場合はこの申出書に被保険者証等の添付は必要ありませんが、受理日の翌月１日（資格喪失日）以降には被保険者証等を返却してください。
※ 被保険者の資格喪失により被扶養者でなくなる場合は、「被扶養者（異動）届」の提出は不要です。
② 「資格喪失の事由」が「ア」または「イ」で74歳以下の方につきましては、**新たに取得した被保険者証の写し**を併せてご提出ください。

【ご注意】

① 資格喪失月の保険料は必要ありません。既に保険料を納付していただいている場合は、「保険料還付請求書」を送付いたしますので、到着後ご提出ください。ただし、資格取得と喪失が同月の場合は保険料が発生しますので、保険料の還付はありません。
② 被保険者の方が亡くなられた場合は、この申出書の提出は必要ありません。埋葬料（費）のご請求または死亡日が確認できる書類と被保険者証等を添付のうえご提出ください。
（死亡日の翌日が資格喪失日となります）。

※　ご不明な点や詳細につきましては、適用課（06-6765-9212）までお問い合わせください。