

決 裁	申 出 受 理		
	常務理事	事務長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記 号	6	番 号	
② 被保険者の氏名・性別	氏 名	フリガナ		男・女
③ 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
④ 被保険者の住所	〒 ー			
	電 話	ー	ー	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

⑤ 資格喪失年月日	令和 年 月 日 (⑥の資格取得年月日と同日)
⑥ 資格喪失の事由 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;">ア、イのいずれかを○で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。</div>	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及び所在地 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)

<提出添付書類> この申出書に添付のうえ、ご提出ください。

- ・現在交付されている任意継続の被保険者証(被保険者および被扶養者の保険証)
- ・高齢受給者証、限度額適用認定証等(交付を受けている場合)
- ・新たに取得した被保険者証(被保険者の保険証)のコピー
- ・保険料還付請求書(※すでに保険料を納付いただいている場合)

※資格喪失月以降の保険料を返還します。ただし、取得と喪失が同じ月の場合、その月分の還付はありません。

令和 年 月 日

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿

