健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者等の記号・番号 20　－	被保険者の氏名及び生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	被保険者の現住所	郵便番号 □□□－□□□□　☎　（　　）	

※下記の事由に該当するため、次のとおりお届けします。

資格喪失について	資格喪失年月日	年　　月　　日	← 健康保険組合記入
	資格喪失の事由 ※ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者等の記号番号等 必要事項を記入してください。	**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等の記号・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　（　　年　　月　　日 ） ※新たに取得した健康保険の資格取得年月日がわかるもののコピー等を必ず添付してください。	
		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等の番号 （　　） （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　（　　年　　月　　日 ）	
		ウ．脱退を希望するため	

受 付 印

極東開発健康保険組合

【申出書記入の留意事項】

① 任意継続被保険者の資格喪失の事由「ア」、「イ」、「ウ」のいずれかを「〇」で囲み、「ア」および「イ」については選択した項目の（1）～（3）の該当事項を記入してください。

② 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「〇」で囲んでください。また、65～74歳の方で一定の障がいがあることで、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「〇」で囲んでください。

【申出書に添付して提出するもの】

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、限度額適用認定証などの交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

② 「資格喪失の事由」が「ア」である方につきましては、新たに取得した被保険者証の写しをあわせて提出してください。

【留意事項】

① 資格喪失した月の保険料は必要ありません。
すでに保険料を納付していただいている場合は、この任意継続保険加入時にご連絡いただいていますご本人口座に返金いたします。
ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1ヶ月分の保険料が必要となりますので、保険料の返金はありません。

② 被保険者（ご本人）が亡くなられた場合には、この申出書を提出する必要はありません。
極東開発健康保険組合の被保険者証等は埋葬料（費）の申請をされる際に添付して返却してください。