昭和産業健康保険組合理事長　殿

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	(記号)　　(番号) －	生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日
	被保険者名		電話番号 (日中の連絡先)	
	住　　所	〒		

資格喪失の事由	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
	該当項目に✔印をご記入ください。 □再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため　(資格取得日:　年　月　日) □申出により任意継続保険の資格を喪失するため (国民健康保険加入、被扶養者として加入) ※上記、資格喪失年月日は提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。 □後期高齢者医療制度の被保険者となったため　(資格取得日:　年　月　日) □被保険者が死亡したため ・死亡日:令和　　年　　月　　日 ・申請者:　　・被保険者との続柄:	

上記の事由に該当するため、申出します。

令和　　年　　月　　日

【添付書類】

1. 当健保が発行しました資格確認書(該当者分)、高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証等
2. 新たに取得した先で発行された資格情報のお知らせ(写)または資格確認書(写)(被保険者本人分のみ)

※当健保の資格喪失日を確認するため添付が必要です。

【注意事項】

●保険料について

資格を喪失した月の保険料の納付は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付請求書」を送付いたしますので、還付請求をしてください。

※資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の保険料の還付はありません。

●被保険者の方が亡くなられた場合について

埋葬料(費)の申請書もあわせてお送りください。

健保組合受付印