

健康保険

任意継続被保険者資格喪失申出書

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）															
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 [①通知カードの写し] [②個人番号記載の住民票の写し] [③個人番号カード（両面）の写し]のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、[運転免許証の写し]または[パスポートの写し]のいずれか1点を添付してください。															

資格喪失時の 記号・番号	—	氏 名	フリガナ	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
住 所	①住民票 住所	〒 —						
	②喪失後の 送付先	〒 — ☐ 住民票住所と同じ						
電話番号（日中の連絡先）		自宅（ ）		携帯（ ）				

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

喪 失 理 由	☐ ① 就職のため 資格取得年月日（ 令和 年 月 日 ）		
	☐ ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（75歳到達・障害認定） 資格取得年月日（ 令和 年 月 日 ）		
	☐ ③ 死亡 ※埋葬料（費）支給申請書を添付してください。 死亡年月日（ 令和 年 月 日 ）		
	☐ ④ 申出による喪失を希望するため（国民健康保険への加入・被扶養者としての加入）		
被保険者証回収欄	1. 同封する	被保険者証もしくは資格確認書	高齢受給者証/70歳以上の方
		添付・減失（ ）枚	添付・減失（ ）枚
	2. 同封しない		返却予定日 （ 令和 年 月 日 ）
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない		

※任意継続の被保険者証もしくは資格確認書・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を添付してください。
※①・②に該当の場合は、新たに取得した加入日が記載されているもの（資格情報のお知らせ等）の写しも添付してください。
※④に該当の場合は、資格喪失日は申出書を受付けた日の翌月1日となります。申出後に資格喪失を取り消すことはできません。
被保険者証もしくは資格確認書・高齢受給者証は同封せず、喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

令和 年 月 日提出
トップグループ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日		
	保険料還付金額	円 (令和 年 月～令和 年 月分)		
	証 回 収	回収日	令和 年 月 日	
	備 考			

常務理事	事務長			担当