# 健康保険　任意継続被保険者資格喪失申出書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 〒　－ | | | | |
| 住所 ②喪失後の送付先 | 〒　－<br>□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<br>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）<br>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。<br>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<br>添付 ・ 滅失　（　）枚 | 高齢受給者証/70歳以上の方<br>添付 ・ 滅失　（　）枚 |
| | 2．同封しない | | 返却予定日<br>（ 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・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を添付してください。
※被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。
「被保険者証滅失届」は当健康保険組合のホームページよりダウンロードできます。
※①・②に該当の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証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・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。

| | |
|---|---|
| 備考 | 個人番号　（被保険者証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。 |

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<br>（令和　年　月～令和　年　月分） | | | |
| | 証回収 | 回収日 | 令和　年　月　日 | | |
| | | 被保険者証 | 枚 | 滅失 | 枚 |
| | | 高齢者受給者証 | 枚 | 滅失 | 枚 |
| | 備考 | | | | |

| 常務理事 | 事務長 | | | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |