

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者	健康保険の	記号		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	フリガナ					電話番号					
	氏名										
	住所	〒									
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						(備考)					

下記事由により資格喪失を申し出ます。

提出日	年	月	日	
資格喪失の事由 [1～3のいずれかを「○」 で囲み、該当事項を全て ご記入ください]	1 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) 新たに取得した健康保険または船員保険の記号及び番号			
	記号		番号	
	(2) 保険者名称・所在地及び保険者番号			
	保険者名称			
	保険者所在地			
	保険者番号			
	(3) 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			
(1) 後期高齢者医療の被保険者記号・番号				
記号		番号		
(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称				
後期高齢者医療広域連合				
(3) 資格取得年月日				
令和	年	月	日	
3 申出により任意継続被保険者資格喪失を希望するため				

- ※ 1・2に該当する場合、カネカ健康保険組合発行被保険者証または資格確認書等（限度額適用認定証・高齢受給者証等）・資格取得日確認のため新たな加入先で受け取られた資格情報のお知らせ等コピーと共に提出ください（被保険者証紛失の場合は、別途手続きが必要になりますので、健康保険組合へご連絡ください）。
- ※ 3に該当する場合、**申出後の取り消しは認められません**のでご注意ください。
- ※ 資格喪失日の確定後、資格喪失証明書・保険証返却手続きのご案内をお送りします。
- ※ 納付済み保険料に払い戻しが発生する場合は、資格喪失日確認後、保険料還付書類をお送りします。

健康保険組合記入欄	受理日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日