

見 本

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

健康保険被保険者	記号 90	番号	被保険者氏名 (フリガナ)	
資格喪失年月日	令和 年 月 日			
喪失理由	<p>① 一般の被保険者となったため(就職したため)</p> <p>2. 船員保険の被保険者となったため</p> <p>3. 死亡したため</p> <p>4. 後期高齢者医療の被保険者となったため</p> <p>5. 資格喪失を希望するため※1・2 (理由: _____)</p> <p>※1 原則として、申出後の取消はできません。</p> <p>※2 資格喪失日は申出書を受理した日の属する月の翌1日です。被保険者証・資格確認書は資格喪失日到来後、速やかに返却ください。</p>			
保険者名称・記号・番号 (上記理由が1・2の場合)	保険者名称			
	記号	番号		

喪失理由が
 1と2の場合: 勤め先で健康保険の資格を取得した日(注1)を記入。
 3の場合: 死亡日の翌日を記入。
 4の場合: 75歳の誕生日また該当日を記入。
 5の場合: 記入不要。

注1: 健康保険資格確認書または資格情報のお知らせに記載のある【資格取得年月日】をご記入ください。

該当する項目に○を付けて下さい。

資格喪失を希望される理由を記入。
【例】: 国保に加入するためなど

健康保険資格確認書または資格情報のお知らせに記載のある【保険者名称】【記号】【番号】を記入。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入不要

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

記入日、現在お住まいの住所・氏名の記入。

エア・ウォーター健康保険組合理事長 殿

(申出人) 令和 年 月 日

- 注意事項 —
- 当健康保険組合の健康保険被保険者証または健康保険資格確認書を貸与されている方は返却してください。
 - 上記喪失理由が1と2の場合、就職先の健康保険資格確認書の写し、または資格情報のお知らせの写しを添付してください。
 - 上記喪失理由が3の場合、死亡日がわかる書類を添付の上、相続人または親族が届出して下さい。

住所 _____

〒 _____

氏名 _____