

健康保険 任意継続被保険者

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被保険者等記号・番号	記号	1900		番号	
	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)			(フリガナ) (名)	
	被保険者の住所	郵便番号		電話		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資 格 喪 失 事 由 に つ い て	資格喪失年月日	令 和	年	月	日
	<p>※「ア」、「イ」、「ウ」のいずれかを「○」で囲んでください。</p> <p>【「ア」、「イ」の場合】</p> <p>※新たに発行された資格情報のお知らせ、もしくは資格確認書を確認のうえ、それぞれの項目の(1)～(3)を必ず記入してください。</p> <p>※新たに発行された「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」をお持ちの方は、写しを添付してください。</p> <p>※当組合が発行した資格確認書等の証書類を返却してください。</p> <p>【「ウ」の場合】</p> <p>※資格喪失年月日の記入は不要です。 ※当組合が発行する健康保険資格喪失証明書を受理後に、資格確認書等の証書類を返却してください。</p>	<p>「ア」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</p> <p>(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号・番号 ()</p> <p>(2)勤務先または船舶所有者の名称および所在地 名 称() 所在地()</p> <p>(3)資格取得年月日 令和 年 月 日</p>			
		<p>「イ」後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため</p> <p>(1)後期高齢者医療の被保険者番号 ()</p> <p>(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称() 後期高齢者医療広域連合)</p> <p>(3)資格取得年月日 令和 年 月 日</p>			
		<p>「ウ」任意継続被保険者でなくなることを希望するため</p> <p>留意事項(「任意継続被保険者でなくなることを希望するため」が資格喪失事由)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失年月日は、申出書を組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ・申出書を組合が受理した日の属する月分まで任意継続被保険者の保険料がかかります。 ・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 			

備 考 欄	
-------	--

全国印刷工業健康保険組合

受付日付印

◎別紙を必ずご覧ください。

任意継続被保険者資格喪失申出書について

任意継続被保険者の方で、

「ア」 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した

「イ」 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となった

「ウ」 任意継続被保険者でなくなることを希望する

ことにより、資格喪失を届出する場合に本申出書をご提出ください。

【ご記入の注意点】

- ① 「資格喪失の事由」欄の「ア」「イ」「ウ」のいずれかを「○」で囲み、「ア」「イ」の場合、選択した項目の(1)～(3)を全て記入してください。
- ② 65～74歳の方で、一定の障害があることで、後期高齢者医療広域連合の認定を受け、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者になったときも「イ」を「○」で囲み、必ず(1)～(3)を全て記入してください。

【申出書に添付（返却）していただくもの】

- ① 当組合から被保険者および被扶養者の方に交付されている資格確認書などの証書類。
（高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受領証等も含まれます。）
※ 「資格喪失事由」が「ウ」の方は、添付しないで下さい。（後日返却）
- ② 「資格喪失の事由」が「ア」「イ」の方につきましては、**新たに発行された「資格情報のお知らせ」**もしくは**「資格確認書」**をお持ちの方は、**写し**を添付してください。

【ご注意】

- ① 資格喪失月の保険料は必要ありません。既に資格喪失月以降の保険料を納付されている場合は、後日、「保険料還付請求書」をご自宅へ送付致します。必要事項をご記入のうえ当組合へ送付してください。
ただし、資格取得と喪失が同月の場合は、保険料の還付はありません。
- ② 被保険者の方が亡くなられた場合は、この申出書は提出不要です。埋葬料（費）のご請求または死亡日が確認できる書類と、上記「申出書に添付（返却）していただくもの」の①欄を添付のうえご提出ください（死亡日の翌日が資格喪失日となります）。

※ ご不明な点や詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

〒110-8646 東京都台東区東上野 1-7-2
全国印刷工業健康保険組合
適用課徴収係

TEL03-5834-3180 FAX03-5834-3183