

任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	係
------	-----	---

国民健康保険に加入する場合

令和 年 月 日 提出

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失したく、申出いたします。

記号	番号	フリガナ	○○○ ○○○○	電話番号
9	○○○○	氏名	○○ ○○	自宅 携帯 ○○○-○○○-○○○
住所				喪失事由
〒○○○-○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○				1. 就職（令和 年 月 日）
				2. その他（国民健康保険加入のため）
資格確認書の返却				資格喪失証明書の発行
<input checked="" type="radio"/> 1. 同封する 資格確認書 <input type="radio"/> 枚 <input type="radio"/> 2. 同封しない 後日返却理由（ ） （後日返却する） 返却予定日（令和 年 月 日） <input type="radio"/> 3. 発行なし				<input checked="" type="radio"/> 1. 希望する 2. 希望しない

赤枠内を記載してください。
 資格確認書の発行がある場合は申出書郵送の際に、
 合わせて発送してください。

※喪失事由「1.就職」の場合は、新規就職先の健保資格の情報が記載された
 ・マイナポータルの資格情報の写し（氏名、生年月日、資格取得年月日の記載必須）
 ・資格確認書の写し
 ・資格情報のお知らせの写し
 上記いずれか1点を添付してください。
 申出書提出時に間に合わない場合は、後日健保まで郵送してください。

現在お持ちの資格確認書は、ご家族分まとめて申出書と一緒に返却ください。
 （郵送される場合は、証の印影部分にハサミで3cm程度切り込みを入れてください）
 資格喪失の事由が「申出により任意継続の資格を喪失する（国保へ加入するなど）」の場合は、
 申出日の翌月1日が資格喪失日となりますので、
 翌月1日以降5日以内に資格確認書を返却してください。

健保処理欄	資格喪失年月日
	令和 年 月 日
	保険料還付金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	円 (令和 年 月~令和 年 月)
	<input type="checkbox"/> 名簿入力 <input type="checkbox"/> 大和入力 <input type="checkbox"/> 保険証返却 /
	備考

受付日