

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

神奈川県電子電気機器健康保険組合 殿

下記、喪失事由に該当しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

被保険者証の	記号	9900	被保険者の氏名	
	番号		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
被保険者の住所	〒 - 電話 ()			
資格喪失年月日	令和 年 月 日			
資格喪失の事由 (該当する□に✓印をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> ① 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※この申出書を当組合で受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。			
	<input type="checkbox"/> ② 健康保険(又は船員保険)の被保険者資格を取得したため (1)再取得後の健康保険又は船員保険の被保険者証の記号番号 (記号 番号) (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称() 所在地() (4)資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※就職先の保険証の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/> ③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※後期高齢者医療の保険証の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/> ④ 任意継続被保険者が死亡したため (1)死亡年月日 (令和 年 月 日) (2)届出者氏名 _____ (3)届出者住所 _____ (4)本人との続柄 _____ ※死亡診断書の写し、住民票の除票を添付してください。			

(注)「健康保険被保険者証 本人・家族」を添付してください。
 「高齢受給者証」「限度額認定証」「特定疾病療養受療証」をお持ちの方は、その証も添えて提出してください。

受付日付印

「①任意継続被保険者でなくなることを希望するため」の申出喪失の場合の注意事項

- ・保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月までかかります。
- ・申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。
- ・健康保険被保険者証については、この申出書に添付せず、資格喪失日以降速やかに返納してください。

被保険者のマイナンバー記載欄

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

被保険者証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、記入してください。マイナンバーを記載した場合は、本人確認書類が必要です。