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　4　年　1　月　4　日

被保険者証の	記号	9900	被保険者の氏名	日本　太郎
	番号	0000	生年月日	昭和・平成　45　年　6　月　15　日生
被保険者の住所	〒　000　－　0000　　電話　000　（　000　）　0000 ○○県○○市○○町1－1－1			
資格喪失年月日	令和　3　年　12　月　1　日			
資格喪失の事由 （該当する□に✔印をご記入ください。）	□　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。**			
	☑　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　0000　　番号　0000　） (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（　○○○○株式会社　） 所在地（　○○県○○市○○町○○1－1　） (4)資格取得年月日 （令　和　3　年　12　月　1　日） **※就職先の保険証の写しを添付してください。**			
	□　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。**			
	□　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。

2022.1