

任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険法施行規則43条に基づき下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

						提出日	令和	年	月	日
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	記 号	901	番 号		被保険者 氏 名				
	被保険者の 住 所	〒 —				生年月日	昭・平	年	月	日
	電話番号	自宅tel () — 携帯tel () —								
	申出事項	該当する申出理由にチェック（し印）をしてください。 ☐ 1. 就職により他の健康保険に加入した ☐ 2. 後期高齢者医療制度の被保険者になった ☐ 3. 被保険者の方が亡くなった（死亡日： 年 月 日・病名： ） ☐ 4. 国民健康保険への切替希望＊【喪失証明書発行 必要 ・不要 】 ☐ 5. 家族の扶養に入る＊【喪失証明書発行 必要 ・不要 】 ＊申出事項4・5の方⇒喪失申出書を当健康保険組合が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 被保険者資格は申出月の月末まで有効です。 【例：4月1日付国民健康保険加入希望の場合、3月1日～3月31日の期間に当健保にて受理できるようご提出ください。】 ☐ 6. その他 ()								
	申出事項1・2に該当の方 次加入の健康保険情報をご記入ください。									
	被保険者等 記号—番号					記号 番号				
	健康保険資格取得日					年 月 日				
保険者番号										
保険者名称										

○ 注意事項

- 1. 任意継続被保険者証（ご家族分含む）を返却願います。（R6.11.30以前取得の方）
- 2. 資格確認証・高齢受給者証（70才以上の方）、限度額適用認定証等の交付を受けている場合も返却願います。
- 3. 新たに取得した健康保険の『資格情報のお知らせ』（ご家族分含む）写しを添付してください。
- 4. 資格喪失日以降の医療費が当健康保険組合へ請求があった場合、医療費を全額返還していただくことになります。
- 5. 申出事項4・5の方は、まず申出書のみ脱退希望月の前月末日までに、当健保にて受理できるようご提出ください。
- 6. 喪失申出書が健康保険組合に到着後、原則として喪失申出の取消は認められません。

○ 留意事項

資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、ご連絡ください。（任意継続被保険者の資格で医療機関受診されている場合、確認事項がございます。）

○ 送付先・問合せ先

〒530-0001
大阪市北区梅田3丁目3番5号
大和ハウス工業健康保険組合
電話： 06-6342-1440
FAX： 06-6342-1442
E-mail： kenpo@daiwahouse.jp

受付日付印