

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者証の	記号	4	0	0	番号					
氏 名	フリガナ									
	_____ _____ 生年月日 年 月 日									
住 所	(〒 -) _____ _____ _____									
	電話番号 (連絡先)	自宅	()							
	携帯電話	()								
任意継続被保険者の資格を喪失する理由 (事由に✓してください)	<input type="checkbox"/> 新たに被保険者資格を取得したため（再就職したため） 別添、再就職先の協会けんぽもしくは健保組合等から交付された被保険者証（カード）（写）のとおり									
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（75歳になったため） 別添、後期高齢者医療の被保険者証（写）のとおり									
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の申出により任意継続健康保険の資格を喪失します									
喪失年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> ・新たな被保険者証の資格取得日 <input type="checkbox"/> ・申し出による喪失の場合は翌月の1日						

被保険者のマイナンバー記載欄

・被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

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

添付書類は、任意継続被保険者として現在交付されているすべての被保険者証（カード）を返還してください（被扶養者のカードを含む）。なお、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて返還してください。

また、再就職先の資格記録を適正に把握するため、新たに取得した被保険者証（カード）等についてもコピーの添付を

新たに被保険者資格を取得した場合の任意継続被保険者として納入いただいている保険料について、再就職先の健康保険の資格取得日によっては返還できる場合がありますので当組合宛ご連絡ください。ただし、任意継続被保険者の資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、返還はありません。

本人の申出による資格喪失の場合は、この申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日付で資格喪失となります。（月途中での喪失はできません）被保険者証（カード）は資格喪失日以降速やかに返還してください。なお、被保険者本人の申出による喪失の申出書を当組合が受理した後は、取り消しができませんのでご注意ください。

本人の申出による資格喪失の場合は、申出書を喪失を希望する前月の20日位までに提出してください。

本人の申出による資格喪失の場合で、健康保険料を前納で納入いただいている場合は、納入していただいている残り期間分の保険料を返還します。

この「申出書」の書き方等についてのお問い合わせは

神奈川県自動車販売健康保険組合 045 (201) 8991