

提出先: 健保 (見本)

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
|      |     |     |

健康保険被保険者証を添えて、以下のように届出いたします。

太枠内を記入してください

令和 XX年 XX月 XX日 提出

|                        |                             |            |           |  |                       |
|------------------------|-----------------------------|------------|-----------|--|-----------------------|
| 健康保険証の記号・番号            | 記号<br>3098                  | 番号<br>XXXX | 性別<br>男・女 | 被保険者の生年月日                              | 昭和<br>XX年XX月XX日<br>平成 |
| 被保険者の氏名<br>(自署の場合㊟省略可) | 健保 太郎 ㊟                     |            |           | 申請者が本人でないときの申請者氏名<br>(㊟省略不可)           | 被保険者との続柄 ( ) ㊟        |
| 連絡先住所                  | 〒 XXX - XXXX<br>東京都〇〇区〇〇-〇〇 |            |           | 電話番号                                   | XXX - XXX - XXX       |
| 資格喪失日                  | 令和 XX年XX月XX日                |            |           | 注: 資格喪失日は資格喪失事由により異なりますので下記をよくお読みください。 |                       |

|        |   |  |  |
|--------|---|--|--|
| 資格喪失事由 | 1 | 就職等により健康保険・共済組合等の被保険者資格を取得                         |  |
|        |   | 資格喪失日  | 就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)  |
|        |   | 必要添付書類   | ①新たに取得した被保険者証のコピー<br>②ユアサ健康保険組合の被保険者証<br>③その他の交付されている証 例: 限度額適用認定証、高齢受給者証 等  |
|        | 2 | 申出により任意継続被保険者の資格喪失を希望する<br>(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) |  |
|        |   | 資格喪失日  | 『健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書』を健保が受理した日の属する月の翌月1日(『資格喪失証明書』を交付し送付します)                |
|        |   | 必要添付書類   | ①ユアサ健康保険組合の被保険者証<br>②その他の交付されている証 例: 限度額適用認定証、高齢受給者証 等                       |
|        | 3 | 後期高齢者医療制度の被保険者となったため                               |  |
|        |   | 資格喪失日  | 後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)または、障害認定年月日  |
|        |   | 必要添付書類   | ①ユアサ健康保険組合の被保険者証<br>②その他の交付されている証 例: 限度額適用認定証、高齢受給者証 等<br>③障害認定の場合は認定日が分かる書類 |
|        | 4 | 被保険者が死亡したため  |  |
|        |   | 資格喪失日  | 亡くなられた日の翌日(『資格喪失証明書』を交付し送付します)   |
|        |   | 必要添付書類   | ①死亡証明書等のコピー<br>②ユアサ健康保険組合の被保険者証<br>③その他の交付されている証 例: 限度額適用認定証、高齢受給者証 等        |

該当の事由番号に『○』をつけ、必要添付書類と一緒に本申出書をユアサ健保宛にお送りください。

新たに取得した  
被保険者証のコピー  
貼付位置  
(資格喪失事由が「1」の場合のみ必須)

| 健保確認印 | 健保受付印 |
|-------|-------|
|       |       |