

提出先:健保

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 |
|      |     |     |

太枠内を記入してください

令和 年 月 日 提出

|                              |                                                                                                        |                                                         |                                                                   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------|---------------|---|---|-------------------|--|--|--|--|--|
| 被保険者<br>記号-番号                | 記号<br>番号                                                                                               | 3098 —                                                  | 性別                                                                | 男・女 | 被保険者<br>の<br>生年月日                     | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日                 |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>の氏名<br>自署の場合<br>㊤省略可 |                                                                                                        |                                                         |                                                                   | ㊤   | 申請者が本人<br>でないときの<br>申請者氏名<br>(㊤省略不可)  |               |   |   | ㊤<br>被保険者との続柄 ( ) |  |  |  |  |  |
| 連絡先住所                        | 〒                                                                                                      | —                                                       |                                                                   |     | 電話番号                                  |               | — | — |                   |  |  |  |  |  |
| 資格喪失日                        | 令和                                                                                                     | 年                                                       | 月                                                                 | 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<br>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<br>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)                                     |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 必要書類                                                    | (ア)、交付されている場合は(エ)・(オ)・(カ)、(エ)・(オ)・(カ)を紛失した場合は(キ)                  |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 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する場合等) |                                                                   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 資格<br>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<br>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) |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 必要書類                                                    | 交付されている場合は(エ)・(オ)・(カ)、(エ)・(オ)・(カ)を紛失した場合は(キ)                      |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 3                                                                                                      | 後期高齢者医療制度の被保険者となったため                                    |                                                                   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 資格<br>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、<br>障害認定年月日                         |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 必要書類                                                    | 障害認定を受けた場合は(イ)、交付されている場合は(エ)・(オ)・(カ)、<br>(エ)・(オ)・(カ)を紛失した場合は(キ)   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 4                                                                                                      | 被保険者が死亡したため                                             |                                                                   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 資格<br>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)                                    |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                                                                                                        | 必要書類                                                    | (ウ)、交付されている場合は(エ)・(オ)・(カ)、(エ)・(オ)・(カ)を紛失した場合は(キ)                  |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |
| 備考欄                          | <input type="checkbox"/> ユアサ健康保険資格確認書(オ)は責任を持って自己廃棄しました。( ____ 枚)<br>健康保険被保険者証(エ)は必ず返却してください。自己廃棄不可です。 |                                                         |                                                                   |     |                                       |               |   |   |                   |  |  |  |  |  |

必要書類

- (ア) 新たに資格取得した健康保険の証明書類(コピー)  
例:資格情報のお知らせ、資格確認書、資格取得証明書、マイナポータルの被保険者・被扶養者情報  
記載画面のスクリーンショット等で、資格取得日・認定日が分かる書類
- (イ) 障害認定を受けられた場合は認定日が分かる書類
- (ウ) 死亡証明書等のコピー
- (エ) ユアサ健保の健保健康保険被保険者証(カード)
- (オ) ユアサ健康の保険資格確認書(A4複写防止用紙・紫色)  
(オ)のみ自己廃棄可です。自己廃棄される場合は備考欄  
に㊤を入れ枚数を記入してください。
- (カ) ユアサ健保より交付されているその他の証  
例:限度額適用認定証、高齢受給者証 等
- (キ) 健康保険各種証等紛失届  
ユアサ健保ホームページよりダウンロードしてください

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