

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書(再就職届) / 申出書

決 裁	常務理事	事務長	事務長	担当

◎記入の方法は本紙の右下にありますのでご覧ください。

任意継続被保険者証の 記号		任意継続被保険者証の 番号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		被保険者の生年月日		性別		被扶養者の有無			
8 8 8 8		(左詰め)		(氏) (名)		昭和 平成 令和		年 月 日		男・女		有(人)・無	
被保険者の住所										電話番号			
〒 -													
再就職年月日			被保険者証回収区分 (被保険者用)			備考							
令和 年 月 日			添付・返不能・滅失										
資格喪失の原因				確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。								
いずれかに☑をして『新被保険者証の情報』を記入してください				<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。								
<input type="checkbox"/> 他の健康保険・船員保険の被保険者となった時 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となった時 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者からの申出(R4.1.1法改正)				【記入上の注意】 1. 該当事項は○で囲んでください。記入箇所は漏れないようにお願いします。 2. 再就職年月日は就職した日を記入してください。被保険者証を受け取った日ではありません。 3. 被扶養者が「有」の場合は、人数も記入してください。 4. 就職先等、他保険の加入先でもらった新しい被保険者証の記号・番号等については新しい被保険者証を見ながら、左記の『資格喪失の原因』欄に正しく記入してください。 5. この申請書を提出するときは同時に当健保組合の任意継続被保険者証(本人・家族共)を返却してください。 6. 新しい被保険者証のコピーも一緒にお送りください。									
詳細記入	(1)新しい健康保険等被保険者証の記号・番号 ()												
	(2)資格取得年月日(年 月 日)												
	(3)新しい健康保険組合等の名称と所在地 名称 _____ 所在地 _____												
										令和 年 月 日提出		受付印	

【注意事項】 ・再就職した日より速やかに本紙の提出と当健保組合の被保険者証(本人・家族共)を返却してください。
 ・再就職された日より、当健保組合の被保険者証は使えません。
 ・新しい就職先等で被保険者証が発行されるまでの間に医療機関へかかりたい場合など被保険者証が必要なときには、速やかに新しい健康保険組合等に「資格証明書」の発行を依頼してください。
 ・「任意継続被保険者からの申出」の場合は、「再就職年月日」は記入不要。健保受理日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。