

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

記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎記入の方法は本紙の右下にありますのでご覧ください。

記号	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
8888	(左詰め) 1234500	(氏) 健保	(名) 太郎	昭和 平成 令和 470908	男 女	有(1人)・無
被保険者の住所					電話番号	
〒103-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101					03-xxxx-xxxx	
再就職年月日	被保険者証回収区分 (被保険者用)	備考				
令和 010901	添付・返不能・滅失	【重要】 必ず☑をお願いします。 押印に変わる重要事項 となります。				
資格喪失の原因		確認欄				
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 checked="" type="checkbox"/> 提出については、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。 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 checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者からの申出(R4.1.1法改正)		当健保が受理した月の翌1日が喪失日となります。				
詳細記入	(1)再取得後の健康保険等被保険者証の記号・番号 ( ABCD・9876500 )	必ず記入して下さい。 申出により喪失される方は(3)名称欄に「国民健康保険(予定)」などわかっている事項について記入して下さい。				
	(2)資格取得年月日( 令和 1年 9月 1日 )	6. 新しい被保険者証のコピーも一緒にお送りください。				
	(3)新しい健康保険組合等の名称と所在地 名称 ○▽□健康保険組合 所在地 東京都千代田区〇〇1-1					

【訂正方法】  
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

【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1日が資格喪失日となります。

令和 年 月 日提出

受付印