

記入例

健康 保 険 組 合	常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書① (再就職・被保険者の死亡用)

ADEKA健康保険組合理事長 殿
下記の通りお届け致します。

申請日：令和 4 年 1 月 5 日

被 保 険 者 欄	保険証の記号・番号	9920 - 9999	(組合記入欄)
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ (氏) 健保 (名) 太郎	性別 男・女
	生年月日	昭和・平成 35 年 12 月 12 日	
	住所	(フリガナ) トウキョウトアラカワ 〒 111 - 9999 東京都荒川区 4-5-6	
	電話番号 (どちらかは必須)	<自宅> 03 - 1234 - 5678 <携帯> 090 - 9876 - 5431	
	資格喪失事由	ア 他の健康保険被保険者資格を取得したため ※新しく取得した被保険者証(写)を下の欄に添付してください (新しい被保険者証の資格取得日：令和 4 年 1 月 1 日) イ 死亡のため (令和 年 月 日 死亡)	
	給付金等が発生した際の振込口座 (本人名義、ただし、被保険者死亡の場合は相続人の口座)	金融機関名 〇〇〇銀行 預金種目 普通・当座	支店名 〇〇〇支店 口座番号 12345678 口座名義人 健保 太郎
	同封する証書 (世帯全員分)	・被保険者証 (2 枚) 【交付されている方のみ】 ・高齢受給者証 (1 枚) ・一部負担金免除証明書 (枚)	・限度額適用認定証 (1 枚) ・特定疾病療養受領証 (枚)
	資格喪失・削除証明書の発行を希望	する・しない	(組合記入欄) 送付日：年 月 日
	備考欄	保険証番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (※個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となりますので、事前に当健康保険組合までご連絡ください。)	

【注意事項】

- 資格喪失
- 資格喪失
- 当健康保
- なお「被保険者証」を被保険者の場合は、書式に添付してください。

「する」を希望された方にも、『資格喪失・削除証明書』をお送りします。

※国民健康保険への加入や、ご家族の扶養になる際などに必要となる場合があります。

ます。

《資格喪失事由が「ア」の方は、新しく取得した被保険者証(写)を添付してください》
※被保険者分のみ(被扶養者分は必要ありません)

記号〇〇〇〇 記号△△△△ 枝番□□

氏名 健保 太郎
生年月日 昭和35年12月12日
資格取得日 令和4年1月1日

事業所所在地 ××××××××××
事業所名 ××××××××××
保険者所在地 ××××××××××
保険者番号 99999999
保険者名称 〇〇〇〇健康保険組合

健保受付印