

記入例

健康 保 記 入 欄	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②
(被保険者の希望による資格喪失用)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)	ケンボ	タロウ	性別
		(氏)	健保	太郎	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		
	給 付 金 等 が 発 生 した際の振込口座 (本人名義に限る)	金融機関名		支店名	
		〇〇〇銀行		〇〇〇支店	
預金種目		口座番号	口座名義人		
	普通・当座	12345678	健保 太郎		
確 認 事 項	下の各項目を確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください				
	<input checked="" type="checkbox"/> 当申出書の取り消しは原則できません。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失日は、当申出書が当健保で受理された月の「翌月1日」となります。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 当健保より交付されている証書類（被保険者証・限度額適用認定証・高齢受給者証・一部負担金免除証明書・特定疾病療養受領証等）は、被扶養者分も含めた全てを資格喪失日以降、5日以内に返却してください。				
備 考 欄	保険証の記号・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。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認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】

- 当申出書を投函された月の翌月からは、当健保より交付されている保険証は使用しないでください。資格喪失後に保険証を使用されますと当健保が負担している医療費等については返納していただきます。
- 当健保より交付されている証書類を紛失し返却できないときは「健康保険減失届」も添付してください。なお「被保険者証」を紛失された場合は、警察への届出も行ってください。

【当申請書受理後】

- 当申出書の受理後「資格喪失予定通知書」をお送りします。
- 資格喪失日以降「資格喪失・削除証明書」をお送りします。

【保険料の還付】

- 資格喪失後の保険料について、既に納入済みの保険料がある場合は還付いたします。資格喪失日後、別途、ご案内をお送りします。

組 合 記 入 欄	申 出 書 受 領 日	令和 年 月 日
	資 格 喪 失 日	令和 年 月 日
	削 除 証 明 書 等 送 付 日	令和 年 月 日
	証 返 却 受 領 日	保険証 / 限度額 / 高齢者 /
	備 考	

健保受付印

健保受付印
