

任継 03 ※任意継続を喪失する際にご提出ください。(但し2年満了による喪失の方は提出不要です)

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書 兼還付申請書

### 【申請時の注意】

- 1) 太ワク内は、必ず記入してください。
- 2) 『高齢受給者証』『資格確認書(有効期限内の)』などの各種証書(当健保より発行されている場合)は本申請書と同封にて返却してください。  
ただし、下記 資格喪失理由が3の場合、各種証書は資格喪失日以降に返却してください。

健 康  保 險	記号	番 号					提出日	令和 年 月 日
	9 9						フリガナ 氏名	
	住所 電話	〒	都道 府県					
電話番号: — — —								
資格喪失の理由 (該当する理由に○をつけてください)								必要書類
1 再就職先の健康保険に加入したため 資格取得日 : 年 月 日								・再就職先の資格取得情報のお知らせ等 資格取得日が分かる書類のコピー
2 被保険者本人が死亡したため 死亡された翌日: 年 月 日								・死亡診断書のコピー または死亡検案書のコピー
3 申出により、他健保への加入を希望するため 該当項目に✓チェックしてください □ 国民健康保険加入 □ 家族の被扶養者になる								・必要書類なし
※本申請書を当健保が受理した翌月1日が資格喪失日となります。								

※上記 資格喪失の理由が 1 の場合は資格喪失証明書の発行は不要です。

資格喪失証明書の発行 要 / 不要 ○をつけてください

健 保  處 理 欄	入力日	資格喪失日	健 保 承 認 欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当

受付日付印