

アンリツ健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	主 任	事 務	事 務	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

太枠内を全て記入

被保険者	記号	1	3	0	0	番号					提出日	令和	年	月	日
氏名											生年月日	昭和 平成	年	月	日
住 所	〒 -														
連絡先	【自宅】 【携帯】														

資格喪失の理由 該当項目に○印および記入をしてください		添付書類
1	就職等で健康保険の被保険者になったため ⇒ 資格取得日：令和 年 月 日	・ 資格取得日のわかる書類のコピー (・ アンリツ健保の保険証/資格確認書)
2	後期高齢者医療制度の被保険者となったため ⇒ 資格取得日：令和 年 月 日	・ 後期高齢者認定日のコピー※75歳未満 (・ アンリツ健保の保険証/資格確認書)
3	被保険者が死亡したため * ⇒ 死亡日：令和 年 月 日	・ 「埋葬料請求書」および添付書類 (・ アンリツ健保の保険証/資格確認書)
4	申出により任意継続の資格を喪失したいため ・ この申出書を健保組合が受理した日の翌月 1 日が喪失日です ・ 原則として取消は出来ません。	<後日> (・ アンリツ健保の保険証 /資格確認書)
※資格確認書をお持ちの場合は、必ず返却してください。 ※高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受給証を交付されてる方は添付ください。 ※保険料還付が発生する場合は、保険証返却後約 3 か月後に、保険料引落口座に振込みます。 (死亡の場合は、埋葬料請求者口座)		
資格喪失証明書の交付		☐ 必要 (必要な場合は ☐ に✓を入れてください)
備 考		

* 被保険者が死亡した時は、備考欄に申請者の氏名と連絡先を記入
・ 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請する場合は、番号欄に記入のうえ、
個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。 受付印

【提出先】〒243-0032 神奈川県厚木市恩名5-1-1 アンリツ健康保険組合 宛

健保	資格喪失日	令和 年 月 日	備考	
記入	証 回 収 日	令和 年 月 日	申出受理日	月 日
欄	保険料還付	無・有 (年 月分)	還付処理	月 日