

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当者

アンリツ健康保険組合 理事長 殿

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

保険証	記号	1	3	0	0	番号				提出日	令和	年	月	日
被保険者 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	<ul style="list-style-type: none"> 新しい健康保険証のコピー アンリツ健保組合の健康保険証
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	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者被保険者証のコピー アンリツ健保組合の健康保険証
3	被保険者が死亡したため * ⇒ 死亡日：令和 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> アンリツ健保組合の健康保険証 「埋葬料請求書」および添付書類
<p>※ 1～3 の場合は、健康保険証（被扶養者含）を添付のうえ提出してください。 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）</p>		
4	申出により任意継続の資格を喪失したため <ul style="list-style-type: none"> 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。 	添付書類なし 保険証返却は喪失後
<p>※ 4 の場合、健康保険証（被扶養者含）は、資格喪失日以降に返却(郵送)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返却ください。</p>		
資格喪失証明書の交付	<input type="checkbox"/> 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 記入 欄	資格喪失日	令和	年	月	日	備考	
	証回収日	令和	年	月	日	受理日	月 日
	保険料還付	無・有（	年	月分）	還付処理	月 日	