

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

太枠内を記入してください

令和 XX年 XX月 XX日 提出

被保険者 記号-番号	記号 番号	3098 - XXXX	性別	(男)・女	被保険者 の 生年月日	(昭和) XX 年 XX 月 XX 日 平成	
被保険者 の 氏 名 自署の場合 (印)省略可	健保 太朗			(印)	申請者が本人 でないときの 申請者氏名 (印)省略不可	(印) 被保険者との続柄()	
連絡先住所	〒 XXX - XXXX 東京都〇〇区〇〇-〇〇			電話番号	XXX - XXX - XXX		
資格喪失日	令和 XX 年 XX 月 XX 日			注:資格喪失日は資格喪失事由により異なりますので下記を よくお読みください。			
資格喪失 事由 該当の事由 番号に『○』 をつけ、 必要書類 と一緒に 本申出書を ユアサ健保 宛にお送り ください。	就職等により健康保険・共済組合等の被保険者資格を取得						
	1	資格喪失日	就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)				
		必要書類	(ア)、交付されている場合は(エ)・(オ)、(エ)・(オ)を紛失した場は(カ)				
	2	申出により任意継続被保険者の資格喪失を希望する (国民健康保険への加入、被扶養者としての加入する場合等)					
		資格喪失日	『健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書』を健保が受理した日の 属する月の翌月1日(『資格喪失証明書』を交付し送付します)				
	必要書類	交付されている場合は(エ)・(オ)、(エ)・(オ)を紛失した場は(カ)					
該当の事由 番号に『○』 をつけ、 必要書類 と一緒に 本申出書を ユアサ健保 宛にお送り ください。	後期高齢者医療制度の被保険者となったため						
	3	資格喪失日	後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)または、 障害認定期間				
		必要書類	障害認定を受けた場合は(イ)、交付されている場合は(エ)・(オ)、 (エ)・(オ)を紛失した場は(カ)				
	4	被保険者が死亡したため					
		資格喪失日	亡くなられた日の翌日(『資格喪失証明書』を交付し送付します)				
	必要書類	(ウ)、交付されている場合は(エ)・(オ)、(エ)・(オ)を紛失した場は(カ)					
備考欄	<input type="checkbox"/> 『ユアサ健康保険資格確認書』(エ)は、責任を持って自己廃棄しました。(___ 枚)						

●必要書類

(ア) 新たに資格取得した健康保険の資格証明書類(コピー)

例: 資格情報のお知らせ、資格確認書、資格取得証明書、マイナポータルの被保険者・被扶養者情報
記載画面のスクリーンショット等で、資格取得日・認定日が分かれる書類

(イ) 障害認定を受けられた場合は認定日が分かれる書類

(ウ) 死亡証明書等のコピー

(エ) ユアサ健康の保険資格確認書(A4・紫色または白色)

自己廃棄した場合は備考欄にを入れ、自己廃棄した
枚数を記入してください。

(オ) ユアサ健保より交付されているその他の証

例: 限度額適用認定証、高齢受給者証 等

(カ) 健康保険各種証等紛失届

ユアサ健保ホームページよりダウンロードしてください

・『資格情報のお知らせ』は返却不要です。

健保確認印	健保受付印