

提出先: 健保組合(見本) 資格喪失を希望される場合は必要書類を添えて提出してください。

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 ・ 平成 XX年XX月XX日	
被保険者 の氏名 自署の場合 ④省略可	健保 太郎			申請者が本人 でないときの 申請者氏名 (④省略不可)	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 ユアサ健康 保険組合 宛にお送り ください。	1 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』を当健保組合が受理した 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)を紛失した場合は(カ)				
		2 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					
		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)を紛失した場合は(カ)				
		3 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
		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、 障害認定年月日				
		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)を紛失した場合は(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)を紛失した場合は(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・認定日が分かる書類

(イ) 障害認定を受けられた場合は認定日が分かる書類

(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) 当健保組合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

ユアサ健康保険組合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。

健保組合確認印	健保組合受付印