

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務長	係	

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証			被保険者氏名		
記号	144	番号	123456	健保 太郎	
被保険者の生年月日		昭和 平成 令和	〇〇	年	〇〇 月 〇〇 日
資格喪失の事由 (該当の番号を○で囲んでください)	①	健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (資格取得日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日) ※新しく加入された健康保険証の写しを裏面に添付してください			
	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)			
	3	任意継続被保険者が死亡したため (死亡日 令和 年 月 日)			
		届出人	住所 〒 -	TEL ()	続柄
	氏名				
4	任意継続被保険者の任意脱退を希望するため (申出が受理された月の翌月1日に資格喪失)				

- 資格喪失事由「1」「2」「3」に該当の方は、保険証(高齢受給者証・限度額適用認定証・特定健診受診券等が発行されている場合はそれも含む)を同時にご返納ください。
- 資格喪失事由「4」に該当する方は、資格喪失日以降に保険証等をご返納ください。
(例. 健保受理 3/15 → 資格喪失日 4/1 → 4/1以降、保険証返却)
- 資格喪失証明書は手続き終了後、郵送いたします。
- 保険料に還付が生じた場合は、保険料還付請求書を郵送いたします。
ただし、同月得喪(同月に任継へ加入し脱退)した場合は保険料をお返しすることができません。
(健康保険法第156条)

※健保記入欄 資格喪失年月日 令和 年 月 日

【 提出先及び問い合わせ先 】

〒141-8634東京都品川区大崎1-2-2
電話:03-3493-0181
トピー健康保険組合

受付日付印