

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	部長	課長	係長	係

- 「被保険者証」を全て添付してください。また「高齢受給者証」「限度額適用認定証」等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。
- 適正な資格記録を把握するために、新たに取得した「被保険者証」等のコピーを添付してください。

申出者情報欄	記号	番号	生年月日		
	被保険者証の	5 0 0 0	—	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	〒	—	都道府県	
電話番号	自宅	()	携帯	()	

資格喪失の事由	資格喪失年月日	令和		年		月		日	※下記にて記入した「③資格取得年月日」と同じ日付を記入してください。
	下記のいずれか該当する方を <input checked="" type="checkbox"/> してください。 また、 <input checked="" type="checkbox"/> した以降の①～③について、新たな被保険者証に記載のある内容をご記入ください。								
	<input type="checkbox"/> 健康保険・船員保険等の被保険者資格を取得したため								
	①	健康保険または船員保険等の被保険者証の記号・番号	記号		番号				
②	適用事業所または船舶所有者等の名称・所在地	名称				所在地			
③	資格取得年月日	令和		年		月		日	
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため									
①	後期高齢者医療制度の被保険者証の記号・番号	記号		番号					
②	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称	後期高齢者医療広域連合						
③	資格取得年月日	令和		年		月		日	
摘要欄									

上記の事由に該当するため申出します。

令和 年 月 日

健康保険組合記入欄					
本人	家族				
0 0					
添付 減失 未回収	添付 減失 未回収	添付 減失 未回収	添付 減失 未回収	添付 減失 未回収	添付 減失 未回収

社会保険労務士記載欄 氏名等

受付印

任意継続被保険者の資格喪失について

任意継続被保険者の資格喪失について

下記のいずれかに該当するときは、被保険者の資格を喪失しますので、被保険者証をすみやかに返納してください。（カッコ内は資格を喪失する日です。）

資格喪失後に被保険者証を使用（受診）した場合は、医療費を全額返納することになります。

- ① 任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき。（被保険者証に表示されている予定年月日）
- ② 保険料を納付期日までに納付しなかったとき。（納付期日の翌日）
- ③ 就職して、健康保険、船員保険、共済組合の被保険者になったとき。（被保険者資格を取得した日）
- ④ 後期高齢者医療制度の被保険者になったとき。（被保険者資格を取得した日）
- ⑤ 被保険者が死亡したとき。（死亡した日の翌日）

※上記の③・④に該当したときは、この「資格喪失申出書」の提出が必要となります。

任意継続被保険者の資格喪失後の医療保険の加入について

上記の理由により任意継続被保険者の資格を喪失した後は、下記のいずれかの医療保険制度等に加入するための手続きが必要です。

- (1) 健康保険、船員保険、共済組合の被保険者となった場合 → 勤務先の事業主が手続きを行います。
- (2) 家族の被扶養者となる場合 → 家族の勤務先の事業主が手続きを行います。
- (3) 国民健康保険の被保険者となる場合 → お住まいの市区町村役所（場）の国民健康保険担当窓口において手続きを行います。
- (4) 後期高齢者医療制度の被保険者となる場合 → 75歳になる方については、手続きは不要です。
65歳以上75歳未満の一定の障害のある方が加入しようとするときは、お住まいの市区町村役所（場）へお問い合わせください。

この申出書に添付するもの

- ① 「被保険者証」（本人・家族すべてのもの）
- ② 「高齢受給者証」「限度額適用認定証」など、交付を受けている全ての証書
- ③ 新たに取得した「被保険者証のコピー」（適正な資格記録を確認するために必要となります）

注意事項

●保険料について

資格を喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日「還付請求書」を送付しますので、返還請求をしてください。

※資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料が必要となりますので、その月分の還付はありません。

●被保険者の方が亡くなられた場合について

被保険者の方が亡くなられた場合は、この申出書の提出の必要はありません。

後日、埋葬料（費）の請求等の際に「被保険者証」（本人・家族すべてのもの）を添付してください。

東京都二ツ健康保険組合 任意継続担当宛
住所：〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3
電話番号：03-3626-1400