

常務理事	事務長	課長	係長	係	任意継続の 資格取得日	年 月 日	任意継続の 資格喪失日	年 月 日
					保険料還付 の有無	有 ・ 無		

健康保険 任意継続被保険者

資格喪失
任意脱退

申出書

被 保 險 者 欄	被保険者等 記号・番号	(記号) 3000 (番号) —	
	個人番号 (マイナンバー)	【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号 (マイナンバー)を記入する必要はありません。	
	氏 名	(フリガナ)	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住 所	〒 —	
	電話番号	()	

資 格 喪 失 事 由	ア、イ、ウのいずれかを○で囲んでください。		
	ア 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	① 新しい「資格情報のお知らせ」の写し または「資格確認書」の写し ② 「被保険者証」または「資格確認書」 を添付してください	
	イ 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	※ 新しい被保険者の資格取得日をご記入ください 令和 年 月 日	
	ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	→ 必ずチェック欄をご確認ください	
	下記事項をご確認頂きましたら、チェック欄の□にレ点を記入してください		
	<div><input type="checkbox"/> 資格喪失日は、この申出が受理された日の属する月の翌月1日になります。 (但し、申出があった月に納付されている方に限ります。)</div> <div><input type="checkbox"/> 上記資格喪失日までは被保険者の資格がありますので、「被保険者証」または「資格確認書」は 申出書に添付せずそのままお使いください。</div> <div><input type="checkbox"/> この申出の翌月1日以降は、お持ちの「被保険者証」または「資格確認書」、「マイナ保険証」は お使いいただけませんのでご注意ください。</div> <div><input type="checkbox"/> 申出後に取り消しはできません。</div> <div><input type="checkbox"/> 翌月1日以降に「任意継続被保険者 喪失通知」をお送りいたします。 通知が届きましたら、お持ちの「被保険者証」または「資格確認書」(被扶養者含む)を ご返却ください。</div>		

※ 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一緒にご返却ください。

※ 「資格確認書」または「被保険者証」を紛失してしまった場合は「健康保険 資格確認書等 返却不能届(任意継続用)」の提出が必要となりますので、当健康保険組合へお問い合わせください。

(西日本パッケージング健康保険組合 TEL:06-6941-4635)

受付年月日