

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

基本情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号				フリガナ
記号	番号 <small>(右詰め)</small>			
性別	生年月日		現住所	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	〒 TEL	

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出いたします。

届出内容

資格喪失事由 <small>(該当する番号を○で囲み、1～3の場合は日付を記入してください)</small>	添付書類
1. 就職(勤務先の健康保険に加入)のため 資格取得日(令和 年 月 日)	就職先の健康保険組合等の「健康保険証(写)」 または「資格取得証明書」
2. 被保険者死亡のため 死亡日(令和 年 月 日)	死亡診断書(写)
3. 65歳～74歳で障害認定を受け、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)	後期高齢者医療被保険者証(写)
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため <small>(資格喪失日:健保組合が申出書を受理した日の翌月1日)</small>	

被扶養者がいる場合には、その氏名を記入してください。

被扶養者氏名(フリガナ)	性別	続柄	生年月日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日

受付日付印

【注意事項】

- ・資格喪失申出書を提出する際は、当健保の健康保険証(被扶養者分を含む)も必ず添付してください。
但し、資格喪失事由が上記4の場合は、申出月の月末までは被保険者証を使用することが出来るため、
資格喪失後に速やかに返却願います。
- ・高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けている方は併せて添付願います。

<書類の送付先>

〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合 業務係

インボイス	証回収	資格喪失年月日※健保記入欄
		令和 年 月 日