

決裁	常務理事	事務長	主任	担当

ルネサス健康保険組合御中

① ※太枠内を記入してください。

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

② 提出日 令和 4 年 4 月 1 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		ケンコウ タロウ		
記号	1	2	3	番号 (右詰め)	4	5	6	7	8	9	0	被保険者 氏名	④	健康 太郎
性別	⑥ 生年月日				⑦ 現住所									
⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	54 年 3 月 21 日		〒321-0001 TEL 012-345-6789 東京都〇〇区〇〇一丁目2番3号									

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 ⑧ (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)		添付書類 ⑨		
①	就職(勤務先の健康保険に加入)のため 資格取得日(令和 4 年 4 月 1 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」 ※被保険者分のみご提出ください。					
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 (資格喪失日:健保組合が申出書を受理した日の翌月1日)							
⑩	被扶養者がいる場合には、その氏名を記入してください。							受付日付印
被扶養者氏名(フリガナ)		性別	続柄	生年月日				
ケンコウ ハナコ		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	55 年 5 月 1 日			
健康 花子		<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			

【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

シブタ	証回収	資格喪失年月日※健保記入欄
		令和
		年 月 日

◎任意継続被保険者が以下の事由により資格喪失する場合、本申請書にて申請ください。

1. 就職し、勤務先の健康保険組合等の被保険者となったとき
2. 被保険者が死亡したとき
3. 65歳～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療制度に加入したとき
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望したとき

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確に記入願います。
- ② 提出年月日を記入願います。
- ③ 被保険者証の記号・番号(右詰め)を記入願います。
- ④ 被保険者氏名を記入願います。
- ⑤ 該当する性別にチェック☑願います。
- ⑥ 生年月日を記入願います。
- ⑦ 現住所と電話番号を記入願います。
- ⑧ 該当する資格喪失事由を○で囲んで下さい。(1～3の事由の場合は、該当日(日付)も記載願います。)
- ⑨ 申請書を提出の際には、喪失事由毎に記載(喪失事由欄の右側に記載)されている添付書類を添付(同封)願います。

・当健保の健康保険証(被扶養者分を含む)も必ずご返却ください。
但し、資格喪失事由が『特例退職被保険者でなくなることを希望する』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できるため、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。

- ⑩ 被扶養者がいる場合には、対象者の氏名・性別・続柄・生年月日を記入願います。

《ご依頼》

資格喪失日以降、納付済の保険料がある場合には、『任意継続被保険者 保険料返還請求書【T-213】』もご提出ください。

※不明点がある場合には、当健康保険組合までお問い合わせください。