

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

		提出日 (記入日)	令和	年	月	日
被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][]	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 []年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 平成 [][][][] <input type="checkbox"/> 令和		
	氏名	(フリガナ) _____		被保険者がお亡くなりになっている場合は、 ご遺族等よりお申し出ください。		
	住所	(〒 [] - [])	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL [] ([])				

資格喪失の事由	<input type="checkbox"/> ア. 再就職等により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	添付書類 ・ニフコ健保発行の 保険証または 資格確認書 ・高齢受給者証 (該当の方のみ) ・新しい加入先の 資格情報のお知らせ のコピー
	<input type="checkbox"/> イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) (障害認定)	
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号 (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 (3) 資格取得年月日	
資格喪失事由 いづれかを チェック☑ してください	<input type="checkbox"/> ウ. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入)	
	<input type="checkbox"/> エ. 死亡したため 亡くなられた被保険者の氏名	
資格喪失日	令和 [][] 年 [][] 月 [][] 日	
記入上の注意点	・資格喪失事由がアの場合・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください ・資格喪失事由がイの場合・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)(認定年月日)をご記入ください ・資格喪失事由がウの場合・提出日の属する月の翌1日をご記入ください。 ・資格喪失事由がエの場合・亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

※健保使用欄

被保険者証または 資格確認書の回収	被保険者番号枝番 00	被保険者番号枝番	被保険者番号枝番
	添付・未回収 滅失・該当なし	添付・未回収 滅失・該当なし	添付・未回収 滅失・該当なし