| 常務理事 | 事務長 | 主任 | 係員 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険　任意継続被保険者　資格喪失　申請書

| 被保険者情報 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の | 記　号　　番　号　(右詰め) | 生　年　月　日 | |
| | | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 | |
| 氏　名 | (フリガナ) | 性　別 | □ 男　□ 女 |
| 住　所 | 〒　　－ | | |
| 連絡先 | TEL | | |
| 備　考 | | | |

| 資格喪失の事由 | |
|---|---|
| 提出日<br>(投函日) | 令和　年　月　日 |
| 資格喪失事由<br>(該当の数字をご記入ください) | 1 再就職により健康保険の被保険者資格を取得したため<br>2 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため<br>3 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)<br>4 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達)<br>5 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定)<br>6 死亡したため |
| 資格喪失年月日 | 令和　年　月　日<br>記入上の注意点<br>・資格喪失自由が1・2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。<br>・資格喪失自由が3の場合・・・提出日の属する月の翌日1日をご記入ください。<br>・資格喪失自由が4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)をご記入ください。<br>・資格喪失自由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。<br>・資格喪失自由が6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。 |
| 亡くなられた被保険者の氏名 | 資格喪失事由［6.死亡したため］を選んだ場合のみご記入ください |
| 氏名<br>(カタカナ) | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 |
| 氏名 | |

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

| 社会保険労務士の提出代行者明記載欄 | |
|---|---|

| 受付印 |
|---|
| |

**ユニマット健康保険組合**

(R5.06)