	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係
決						
裁						

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

三重県農協健康保険組合 理事長 様

被保険者等 記号·番号	8 9 0 0	番号	記号・番号が分からな	ない場合はマイナ	ンバーを記入してくが	<b>ざさい。</b>	
氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	B
住所電話番号	(∓ − TEL	-	-				

下記のとおり、任意継続被保険者資格喪失を申出します。

保険料納付方法が貯金口座振替の場合、振替の停止(取消)をしてください。

		健康保険または船員保険の被係	保険者資格を取得したため	)			
		(1) 新しく取得した健康保険又は船員保険の被保険者等記号番号					
	ア	記号	番号				
		(2) 適用事業所又は船舶所有	者の名称			=	
		名称					
		(3)資格取得年月日					
資格喪失の事由			年	月	Ħ	_	
ア〜エのいずれかに○を付し、 該当項目をご記入ください。	被保険者の申出による (健康保険組合が申出書を受理	した日の翌月1日が資格喪失)					
		後期高齢者医療制度(長寿医療	制度)の被保険者となったか	<b>こめ</b>			
	ウ	資格取得年月日	年	月	日	_	
		被保険者が死亡したため					
	エ	死亡年月日	年 	月	日	_	

※書き方見本は裏面を参照してください。

健保組合使用欄

資格喪失年月日				年	月	日
保険料還付	無	•	有	(		)

## 任意継続被保険者資格喪失申出書の書き方

任意継続被保険者の資格がある期間に下記理由により喪失する(した)場合に提出をしてください。

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

三重県農協健康保険組合 理事長 様

被保険者等 記号·番号	8 9 0 0	番号	記号・番号が分から	ない場合はマイナ	ンバーを記入して	ください。	
氏名	フリガナ		生年月日	昭和平成令和	年	月	В
住所 電話番号	(〒 − TEL	-	_	•			

●:任意継続被保険者の情報を記入 してください。

下記のとおり、任意継続被保険者資格喪失を申出します。

保険料納付方法が貯金口座振替の場合、振替の停止(取消)をしてください。

		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) 新しく取得した健康保険又は船員保険の被保険者等記号番号					
	ア	(1)	新しく取停した健康保険記号	<ul><li>(又は船貝保険の依番号</li></ul>	保険 看 寺司	2号番号	
2		(2)	適用事業所又は船舶所有				
		, ,	名称				
			資格取得年月日	年	月	B	
資格喪失の事由							
ア〜エのいずれかに○を付し、 該当項目をご記入ください。	イ 被保険者の申出による (健康保険組合が申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失)						
		後期	高齢者医療制度(長寿医	療制度)の被保険	者となった	ため	
	ゥ		資格取得年月日	年	月	F	
	被保険者が死亡したため						
	エ		死亡年月日	年	月	B	

- ②:ア~エの該当箇所に○を付し、 該当項目を記入してください。
- 「ア」の場合

新たに就職し健康保険の被保険者となった日。(資格取得年月日) 資格情報のお知らせや資格確認書等を確認してください。

・「イ」の場合※

申出により喪失を希望する場合は、 申出日の翌月1日。 例)

令和6年3月15日に申出した場合 の資格喪失年月日は、「令和6年 4月1日」となります。

「ウ」の場合

後期高齢者医療制度の被保険者となった日。(75歳の誕生日又は65~74歳の方で一定の障害のある方)

・「エ」の場合 当健保組合へご連絡ください。

## 【重要】

- ①:任意継続被保険者証、高齢受給者証、限度額適用認定証、資格確認書(被扶養者分含む)を持っている方は速やかに健保組合に返納してください。(喪失事由「イ」の場合は、申出日の翌月1日以降)
- ②:資格喪失月からの保険料は不要ですので、毎月払いの方は引落を止める手続きを当健保組合が行います。 喪失月以降の保険料を納付又は引落がされている場合は、後日、当組合より「還付請求書」を送付いたしますので、還付の手続きを行ってください。
- ③:「還付請求」について、健保組合の職員が電話等で口座番号を聞いたり、又訪問したり、現金等を要求することはないので、ご注意ください。

三重県農協健康保険組合(TeLO59-229-9221)