

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

|                       |             |                                     |          |     |     |         |   |   |
|-----------------------|-------------|-------------------------------------|----------|-----|-----|---------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1           | 申 出 日                               | 令和 年 月 日 |     |     |         |   |   |
|                       | 2           | 任 意 継 続<br>被 保 険 者 の<br>記 号 及 び 番 号 | 記 号      | 番 号 |     |         |   |   |
|                       |             |                                     |          |     |     |         |   |   |
|                       | 3           | 被 保 険 者 生 年 月 日                     | 昭和 ・ 平成  |     | 年   | 月       | 日 |   |
|                       | 4           | 被 保 険 者 氏 名                         | (フリガナ)   |     |     |         |   |   |
|                       |             | (氏)                                 |          |     | (名) |         |   |   |
| 5                     | 被 保 険 者 住 所 | 郵便番号                                |          |     | —   | 電 話     | — | — |
|                       |             |                                     |          |     |     | 携 帯 電 話 | — | — |
|                       |             | 都道<br>府県                            |          |     |     |         |   |   |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

|   |                                                                      |                                                                                                                                                     |
|---|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | 資 格 喪 失 年 月 日                                                        | 令和 年 月 日                                                                                                                                            |
|   | 資格喪失の事由<br><br>(ア～ウのいずれかを「○」で囲み、ア、イの場合には、新たに加入した健康保険記号番号等を記入してください。) | ア：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<br>(1) 新たに加した健康保険または船員保険の記号および番号 ( )<br>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 ( )<br>名 称 ( )<br>所在地 ( )<br>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日 ) |
|   |                                                                      | イ：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<br>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ( )<br>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 ( )<br>名 称 ( ) 後期高齢者医療広域連合 ( )<br>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日 )  |
|   |                                                                      | ウ：ジェイティ健康保険組合の資格を喪失することを希望するため<br>※資格喪失は「健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書」を当組合が受理した日より資格喪失日が決まります。                                                             |
| 7 | 摘 要 欄                                                                |                                                                                                                                                     |

《注意》

※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。  
※「ア」・「イ」を選択された方:資格確認書や高齢受給者証を添付の上、送付してください。  
※「ウ」を選択された方:この申出書の送付時に、資格確認書や高齢受給者証は添付しないでください。  
※記入例をご確認のうえ、ご記入ください。

|                                 |       |               |
|---------------------------------|-------|---------------|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>処<br>理<br>欄 | 決裁年月日 | 令和 年 月 日      |
|                                 | 常務理事  | 事 務 長 審 査 担 当 |
|                                 |       |               |

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| 証書添付                 | 枚         |
| 確認書<br>交付なし          | 本人 / 家族 名 |
| 還 付                  |           |
| 有 ・ 無 ( 年 ・ 半期 ・ 月 ) |           |

健保受付日付印

