常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者　資格喪失申出書

◆提出期限：資格喪失事由発生後５日以内

≪提出先≫〒 650-0034　神戸市中央区京町７７番地の１　神栄健康保険組合

健康保険被保険者証の記号及び番号				被保険者の氏　名	
記号		番号		生年月日	年　　月　　日
資格喪失年月日	※脱退を希望される日の翌日（資格喪失事由が４の場合は、申出の日が属する月の翌月1日） 年　　月　　日				
資格喪失事由	1．国民健康保険または、ほかの健康保険被保険者資格を取得したため または家族の被扶養者になったため ＜資格喪失後、新たに加入する健康保険についてご記入ください＞ 資格取得年月日　　年　　月　　日 記 号：番 号　　： 保 険 者 名 所　在　地 ２．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　　年　　月　　日） ３．被保険者が死亡したため　　（死亡日　　年　　月　　日） ※被保険者が亡くなられた場合は、埋葬料（費）の申請書もあわせてお送りください。 ４．上記以外の理由で任意継続の資格喪失を希望するため （※申出日の翌月1日が資格喪失日となります）				
資格喪失証明書の交 付	１．必要　　２．不要				

＜注意事項＞

・当健保が発行しました被保険者証（被扶養者分も含む）を、**資格喪失後5日以内**にご返却ください。
（健康保険限度額適用認定証等の証を発行されている場合は、併せてご返却ください）

・保険料を前納された場合など、納付済み保険料の還付が発生した場合は、右に記載する口座に振り込みます。

資格喪失事由	還付金振込口座
１、２、４	任意継続保険加入時に登録した口座
３	「埋葬料請求書」に記入された口座

上記理由により任意継続被保険者の資格を喪失した事を届け出ます。
この届出により、納付済み保険料に還付が生じる場合は、還付を請求いたします。

神栄健康保険組合　御中

年　　月　　日

被保険者氏名　　（自署）

受 付 印