健保記入欄

理事	事務長	係	決裁日	・　・
			資格喪失年月日	・　・
			証回収年月日	・　・

健康保険 任意継続 特例退職 被保険者資格喪失申出書

被保険者（申請者）情報

被保険者の（右づめ）	記号	番号	生年月日	
氏名	（フリガナ）		□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
住所	（〒　　－　　） 都 道 府 県		電話番号（日中の連絡先） TEL　（　　）	

提出日（投函日）　　年　　月　　日

資格喪失の事由（該当項目に✔印をご記入ください）

資格喪失年月日	年　　月　　日	・新しい被保険者資格の取得日 ・その他の事由による場合は、申出日の翌月1日を記入してください。

他の医療保険の被保険者資格を取得した（する）場合

□ 他の健康保険組合の資格を取得したため

□ 後期高齢者医療制度に加入するため

□ （任意継続被保険者のみ）特例退職者医療制度に加入するため

□ その他の事由により資格を喪失したいため
※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

●添付書類について
●有効な資格確認書や被保険者証をお持ちの場合、返却（被扶養者も含む）してください。
●限度額適用認定証・高齢受給者等の交付を受けている場合は、それらもあわせて返却してください。
※その他の事由により喪失する時は、申出日の翌月1日（資格喪失日）以降に返却してください。

●他の医療保険の被保険者資格を取得した場合、資格喪失日の証明を添付してください。
※新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」、マイナポータルのコピー等

●保険料について
●還付が発生する場合は「還付請求書」にて還付の請求をして下さい。

大和証券グループ健康保険組合

（R7.1）