

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格喪失届

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、被保険者資格喪失届を提出します。

				令和	年	月	日	提出
被保険者等の記号番号	記号	99		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	番号							
被保険者の氏名	フリガナ (自 署)							
被保険者の住所	〒 自宅電話 () 携帯電話 ()							
資格喪失理由	1. 就職のため (令和 年 月 日 就職) ※就職先で発行された 資格取得日が記載されている 資格情報のお知らせ、もしくは資格確認書の写を添付してください。							
	2. 被保険者が死亡 (令和 年 月 日 死亡) ※死亡年月日の分かる書類の写を添付してください。							
	3. 後期高齢者医療の被保険者資格を取得 (令和 年 月 日 取得) ※市区町村で発行された後期高齢者医療被保険者証の写を添付してください。							
	4. 任意継続被保険者でなくなることを申出 ※任意継続被保険者資格喪失届が受理された日の翌月1日に、資格を喪失することとなります。							
	5. その他 ()							
被保険者証もしくは資格確認書	1. 同封する 合計 枚 ※健康保険高齢受給者証や健康保険限度額適用認定証をお持ちの方は併せて添付してください。							
	※被保険者証は令和7年12月2日以降は返却不要。有効な資格確認書をお持ちの方は要返却。 2. 同封しない 理由 () 返却予定日 (令和 年 月 日) ※被保険者証・資格確認書を滅失された場合は「被保険者証・資格確認書滅失毀損申請書」を添付してください。							
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない							
納付証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない							

受付百付印

健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月 ~ 令和 年 月 分)
	備考	

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛