# 健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者等の記号・番号 | 3000 | - | |

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者の氏名及び生年月日 | 昭和　平成　　年　　月　　日 | 印 |
| 住所 | 〒　　- | |
| 連絡先 | （自宅・携帯）<br>（　　） | |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

| | | |
|---|---|---|
| 資格喪失年月日 | 令和　　年　　月　　日 | ＊新しい医療保険制度の被保険者となった日（資格取得日）を記入してください。 |
| 資格喪失の事由<br>いずれかを○で<br>囲んでください。 | 1．　被保険者が就職して健康保険等の資格を取得したとき<br>2．　保険料を納付期限までに納付しなかったとき<br>3．　被保険者が後期高齢者医療制度の資格を取得したとき<br>4．　被保険者が亡くなったとき<br>5．　被保険者の喪失の申出 | |

●申出書に添付するもの（該当するもの）

＊JMA健康保険組合の被保険者証
＊限度額認定証
＊高齢受給者証
＊新しく取得した資格情報のお知らせのコピー

●この申出書は任意継続の被保険者の資格を喪失する場合にのみ提出するものです

＊就職によって健康保険の被保険者の資格を取得した場合
＊保険料を納付期限までに納付しなかったとき
＊６５歳から７４歳までの方で一定の障害があることで後期高齢者被保険者制度の被保険者となった場合
＊７５歳の方で後期高齢者医療制度の被保険者となった場合
＊被保険者が亡くなったとき
＊被保険者の喪失申出の場合

| 受付印 |
|---|
| |