総務課長	担　当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

記号・番号	記号		番号		**提出日**	令和　　年　　月　　日
被保険者氏名	フリガナ					
住　　所	〒 電話　　（　　）					
生 年 月 日	昭和 平成　　年　　月　　日				**性 別**	男　・　女
喪 失 事 由 ※該当する事由に ○をつけてください	①　就職のため（　就職日　令和　　年　　月　　日　）					
	②　申出により任意継続保険の資格を喪失したいため ※　家族の扶養に入る場合や、国保に加入する場合など					
	③　後期高齢者医療制度の被保険者となったため（75歳到達もしくは障害認定） （　資格取得日　令和　　年　　月　　日　）					
	④　被保険者が死亡したため（　死亡日　令和　　年　　月　　日　） （　申請者名：　　被保険者との続柄：　　）					
資格喪失年月日	**令和　　年　　月　　日** ①の場合は再就職先で新たに社会保険に加入した年月日（資格取得年月日）を記入 ②の場合は提出日の属する月の翌月1日を記入（例：1/15に提出の場合、2/1喪失） ③の場合は後期高齢者医療制度に加入した年月日を記入 ④の場合は亡くなられた日の翌日を記入					

【添付書類】

喪失事由	添付書類
①の方	●新たに取得した被保険者証のコピー（ご本人分の表面）
③の方	●障害認定の方のみ新たに取得した被保険者証のコピー（ご本人分の表面）
④の方	●死亡日を確認できる書類のコピー（死亡診断書など）

【任意継続被保険者証等の返却】

●喪失後は速やかに任意継続被保険者証（ご家族分を含む）を返却してください
●限度額適用認定証や高齢受給者証の交付を受けている場合は併せて返却してください
●任意継続被保険者証を紛失した場合は紛失届を提出してください

【提出先】

〒799-0403　愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
大王製紙健康保険組合　総務課

大王製紙健康保険組合