

理事長	常務理事	事務長				

神戸新聞健康保険組合理事長 様

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険被保険者証の記号番号	記号	5130	番号	
被保険者名	〒	生年月日	昭和・平成	年 月 日
住 所	〒 —			
電話番号	自宅番号 ()	—	携帯番号 ()	—

【資格喪失の事由】

他の健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため、資格喪失を申し出ます。

平成 年 月 日

資格取得年月日	平成 年 月 日
---------	----------

※ 新しく受け取った健康保険証の「資格取得年月日」の日付を記入下さい。

- ◇ 添付書類について
 - ・ 当健康保険組合が発行した健康保険被保険者証を全て添付して下さい。
 - ・ 高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療者証等の交付を受けている場合は、それらも合わせて添付して下さい。
 - ・ 適正な資格記録を把握するため、新しく取得した被保険者証のコピーを添付して下さい。
- ◇ 保険料について

資格を喪失した月の保険料は必要ありません。既に納付済みの場合は、後日還付額を確認し資格取得申請時に記載された口座へ振込みます。
- ◇ 被保険者が亡くなった場合

この申出書は必要ありません。「埋葬料(費)」の請求をされる際に、健康保険被保険者証等を添付をして下さい。
- ◇ 被扶養者がいる場合

被保険者の資格喪失と同時に被扶養者でなくなる場合、「被扶養者(異動)届」の提出は不要です。

※ 以下は保険者が記入する欄です。

資格喪失年月日	平成 年 月 日
---------	----------

該当	不該当
----	-----