

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。

令和 年 月 日

被 保 險 者 欄	① 被保険者の記号・番号	150-	② 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
	③ 被保険者の氏名			
	④ 被保険者の住所	〒 - TEL : ()		

資格喪失年月日	令和 年 月 日 (下段、注2を参照)
---------	-----------------------

[添付、返却するもの]

資格喪失の事由	資格喪失の理由 (どちらかに✓を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 社会保険に加入 (再就職等)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険証(本人、家族分すべて)※R6.12.1までに加入し交付されている場合 ・資格確認書(交付されている場合、本人、家族分すべて返却となります) ・新しい健康保険の「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータルの資格情報画面」の写し※本人分のみ ・高齢受給者証(交付されている場合) ・限度額証(交付されている場合)
		<input type="checkbox"/> 希望喪失 (国民健康保険に加入、家族の被扶養者に加入等)	申出時には添付は不要です。 保険証、資格確認書が交付されている場合は資格喪失後(翌月1日以降)に速やかに返却してください。
資格喪失通知書の有無		<input type="checkbox"/> 交付を希望する(後日、ご自宅へ送付致します) <input type="checkbox"/> 交付を希望しない	

注1. 申出後に資格喪失を取り消すことは出来ません。

注2. 資格喪失年月日は、

社会保険加入の場合：就職した日(資格取得日)

希望喪失の場合：この申出書の受理された日が属する月の翌月1日

※「受理された日」とは、申出書原本がイマジカ健康保険組合に届いた日となります。特定記録郵便・簡易書留・レターパックなど追跡可能な方法でお送りください。申出書PDFをメール添付でお送りいただいても受付できません。

注3. イマジカ健保での資格は、喪失日の前日までになります。

【例】10月15日就職の場合⇒10月14日までイマジカ健康保険組合の資格有。10月15日(=資格喪失日)以後、資格はありません。「資格確認書」も使用できません。

資格喪失日以降にイマジカ健康保険組合の資格で受診された場合、イマジカ健康保険組合で負担している医療費を後日請求させていただきます。

注4. 保険証、資格確認書、限度額証、高齢受給者証等は返却することが法令で定められていますので、交付されている場合は、返却してください。(被扶養者分も含めすべて返却となります)

万が一、紛失してしまった場合は、当方までご連絡ください。

※健保組合使用欄

常務理事	事務長	係	受理年月日	資格喪失年月日
			令和 年 月 日	令和 年 月 日
資格確認書回収日		令和 年 月 日		