

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 険 者 欄 | ① | 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号 | 1 5 0 - | ② | 被 保 険 者 の 生 年 月 日 | 昭和 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
降、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 | | |