

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書 **【記入例】** 申出による資格喪失

届出	令和 4年 1月 14日		任意継続の資格取得後2年経過による喪失は申請不要です。			
記号	番号	氏名	フリガナ	ケンコウ	タロウ	生年月日
88	999999		健康太郎	昭和 平成 36年 5月 15日		
自宅住所	〒000-1234 広島市中区〇〇町〇丁目〇番〇号					【注 意】納付済期間中の保険料は、就職や死亡や <b>【申出による申請の場合の注意点】</b> ・喪失日をご確認のうえ健保組合に月末までに届くよう余裕をもって送付してください。 (例) 申請書健保受理日: 令和4年1月17日 資格喪失日: 令和4年2月1日 ・保険証は資格喪失後、健保組合へ返却をお願いします。
喪失事由	<input type="checkbox"/> 就職 <b>【添付書類】</b> 請求書・就職先の保険証の写し・中電健保の保険証・該当者のみ限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証 <input checked="" type="checkbox"/> 申出による <b>【重要】</b> 資格喪失日は、申請書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となり、申出後取消はできません。 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	12月1日から4月30日までに資格を喪失される方のみご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申込あり (受診をキャンセルする) <input type="checkbox"/> 申込あり (全額自己負担で受診する) <input type="checkbox"/> 申込あり (当健保組合に引き続き加入する)					
翌年度の人間ドック申込	<input type="checkbox"/> 申込なし <input checked="" type="checkbox"/> 申込あり (受診をキャンセルする) <input type="checkbox"/> 申込あり (全額自己負担で受診する) <input type="checkbox"/> 申込あり (当健保組合に引き続き加入する)					

被保険者確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
	<input type="checkbox"/>	申請者本人(被保険者)が作成したものである。②記載

健保処理欄	申請書写	喪失入力	中止年月	★口座振替中止	台帳登録	振替口座登録
	ドック担当へ	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。				
	保険料返還	請求書	保険料返還額	返還期間	保険料返還日	経理伝票作成
	なし		R . 月	R		
	あり		円	~ 月	/	

健保組合	伺			決定年月日		
	常務理事	事務長	担当	年	月	日

**【人間ドック受診費用補助】**  
 喪失事由に関わらず、受診年度の4月30日時点で資格のない方は、当該年度の人間ドック受診費用補助の対象外となります。

ドック受診日が6月1日の場合

- 補助対象外の例:  
4月1日喪失(キャンセルまたは全額自己負担で受診)
- 補助対象の例:  
・5月1日喪失 ※受診日は喪失後でも構いません。  
・喪失後に当健保組合に引き続き加入する。