

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者	健康保険の	記号	999	番号		
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所及び 電話番号	〒 - Tel - -				

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由 (ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、選択いただいた事項を記入してください。)	<p>ア. 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</p> <p>(1) 新たに取得した健康保険または船員保険の記号番号</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>(2) (1)の保険者名称・所在地および保険者番号</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>保険者名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険者所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>(3) (1)の資格取得年月日 (年 月 日)</p>	記号		番号		保険者名称		保険者所在地		保険者番号	
	記号		番号								
保険者名称											
保険者所在地											
保険者番号											
<p>イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>資格取得年月日 (年 月 日)</p> <p>ウ. 国民健康保険または家族の被扶養者になるため</p> <p>※ 資格喪失日は、この申出書をダイダシ健康保険組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。</p>											
備考	<p>※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)</p>										

【この申出書に添付して提出するもの】

- ① ダイダシ健康保険組合から被保険者証または資格確認書を交付されている場合はその全て(ご家族分を含む)
高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証なども交付されている場合は、それらも併せて添付してください。
- ② 保険料が過納となり還付が発生する場合は、「保険料還付請求書」