常務理事	事務長	担当者	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

任意継続の被保険者証記号・番号	記号	9000	番号	〇〇〇	被保険者氏名	健保　太郎
住所	〒 530 － 0005 大阪府大阪市北区中之島〇ー〇ー〇　〇〇マンション〇号室					
電話番号	（ 06 ） 〇〇〇〇 － 〇〇〇〇					

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失事由 ア～ウのいずれかを「〇」で囲み必要事項を記入してください。	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 ① 再就職先の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 （ 記号： 〇〇〇 番号： 〇〇〇 枝番： 〇〇 ） ② 保険者（組合、協会けんぽ等）の名称および所在地 名称 （ 〇〇健康保険組合 ） 所在地 （ 東京都港区港南〇ー〇ー〇 ） ③ 資格取得年月日 （令和 〇 年 〇 月 〇 日） **再就職先の健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。**
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため ① 後期高齢者医療の被保険者番号 （ ） ② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 （ 後期高齢者医療広域連合 ） ③ 資格取得年月日 （令和 年 月 日）
	ウ 任意継続健康保険の脱退を希望するため ※ **申出が受理された日の属する月の翌月1日**が脱退日（資格喪失日）となります。申請日ではございませんのでご注意ください。 ※ 脱退日到来後、健保より「資格喪失証明書」を送付いたしますのでお手元にお持ちの当健保の健康保険証を速やかに返却してください。 ※ 脱退日以降に当健保の健康保険証を使用された場合は後日医療費を返還いただくことになりますので、ご注意ください。
任意継続喪失証明書の送付先	**※被保険者住所以外への送付をご希望の方のみご記入ください**

◎裏面の留意事項等を必ずご一読ください

◎資格喪失に伴う返却物について

※任意継続の被保険者証（被扶養者がいる場合は一緒に）を必ず返却してください。

※健康保険高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合も必ず返却してください。

◆提出先・照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号　中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp