様式02-4

北陸電力健康保険組合

常 務 理 事 殿

承認伺	常務理事	事務長	担　当

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者情報	被保険者等	記号		番号	
	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
	被保険者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）			
	被保険者の住所	〒　　－			
		電話番号（日中の連絡先）	（　　）　　－		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和　　年　　月　　日

資格喪失事由	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日　※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日

該当する項目に✔印をご記入ください。

☐ ①就職し、健康保険の資格を取得したため（資格取得日：令和　　年　　月　　日）※交付日ではありません。

☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため（資格取得日：令和　　年　　月　　日）

☐ ③上記以外の理由で任意継続の資格喪失を希望するため

※申出書が健保に到着した日の翌月１日に資格喪失となります。

③の理由で資格喪失する場合は、申出の翌月になってから発行済の保険証もしくは資格確認書を返却ください。

原則、資格喪失の申出の取消は認められませんのでご注意ください。

【この申出書に添付して提出するもの】

① 交付されているすべての保険証、高齢受給者証、限度額認定証、資格確認書も併せて添付してください。
※被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる場合は、被扶養者(異動)届の提出は不要です。
② 資格喪失日を確認するために、再就職等で新たに取得した資格確認書など、資格取得日の分かるものの写しを添付してください。
適正に資格記録を把握するため、ご協力の程お願いいたします。

【留意事項】

①資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、
後日、当健康保険組合より「還付請求書」をお送りいたします。
ただし、資格取得した月と資格喪失した日が同月の場合は、1か月分の保険料が必要となりますので、
保険料の還付はありません。
②被保険者が亡くなられた場合には、この申出書を提出する必要はありません。被保険者証等は
埋葬料(費)の請求をされる際に添付してください。