

健康保険任意継続被保険者資格喪失届 (ほけんをやめるとき)

西日本プラスチック工業健康保険組合 御中

令和 4年 4月 5日 提出

① フリガナ	コウギョウ タロウ			③ 生年 月日	昭和 <u>平成</u> 5年 9月 1日
② 被保険者の 氏名	工業 太郎				
④ 被保険者の 住所・連絡先	〒630-●●●● 奈良県奈良市■■■■1-1 電話番号(自宅) ●●●●-●●-●●●●/			<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> 当組合の保険証に記載している 資格取得年月日を記入ください。 </div>	
⑤ 被保険者証 の記号・番号	記号	番号			
⑦ 任意継続の 資格喪失 年月日	再就職した日、死亡日の翌日、75歳の誕生日等 ※任意脱退の場合は記入不要 令和 4年 4月 1日			⑧ 資格喪失の原因	1. 任意脱退 2. 再就職 3. 死亡 4. 後期高齢者医療制度に加入
⑨ 届出人の氏名 (死亡時のみ)	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> 被保険者死亡による資格喪失の 場合は⑨⑩も記入ください。 </div>			<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> 再就職による資格喪失の場合は、再就職 先の保険証に記載されている資格取得年 月日を記入してください。 <u>任意脱退による資格喪失の場合は記入不 要</u>です。 </div>	
⑩ 届出人の住所 ・連絡先 (死亡時のみ)					
⑪ 資格喪失証明書等の 要・不要	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要			⑫ 通信欄	

《届出上の注意》

〔任意継続の加入期間〕

- ⑦欄には任意継続の保険をやめる日を記入してください。(やめる日とは、再就職した日、死亡日の翌日、75歳の誕生日等。任意脱退の場合は申し出が受理された日の属する月の翌月1日です。)
- ⑧・⑩欄には該当に○印をしてください。
- ⑨・⑩欄は被保険者が死亡した時のみ記入し、被保険者の死亡診断書または埋葬許可証のコピーを添付してください。
- 任意脱退の場合を除き、この届出には必ず「健康保険被保険者証」、「高齢受給者証等(該当者のみ)」等、「直近の未入金納付書」を添付してください。また、任意脱退希望者は資格喪失日以降速やかに健康保険被保険者証等をご返却ください。**
- 再就職の場合は勤務先で受けられた健康保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。ただし、再就職先の健康保険組合が当組合の場合は健康保険被保険者証のコピーは不要ですが、通信欄に「西プラ健保加入」とご記入ください。
※お手続きは事実発生(再就職先にて資格取得・死亡など)以後、速やかに行ってください。

【健康保険組合使用欄】

《被保険者証回収状況》

	被保険者証		高齢受給者証	
	回収	返納不能	回収	返納不能
被保険者	回収	返納不能	枚	枚
被扶養者	枚	枚	枚	枚

※返納不能の場合は別途届が必要

※《届出上の注意》をご確認のうえ手続きください。