

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

この申出書は、現在首都圏デジタル産業健康保険組合に加入している任意継続被保険者が資格の喪失を申し出るときに提出するものです。下記のⅠ・Ⅱのいずれか該当する方をご記入ください。申し出の際は交付されている全員の保険証、高齢受給者証、限度額認定証を添付の上(任意脱退の方は資格喪失日以降に返却)、当組合に郵送もしくは窓口にご提出ください。追って、資格喪失通知書を発行いたします。

## ●任意継続被保険者情報記入欄(共通)

任意継続被保険者証の 記号番号および氏名	999 -	(氏名)
被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日
被保険者の住所	郵便番号( - )	電話番号 ( )
	都道 府県	

### Ⅰ 任意脱退を希望する

(\*当健康保険組合の保険証等は資格喪失後直ぐに返却してください。)

任意脱退申出日	令和 年 月 日	(書類作成日を記入)
---------	----------	------------

- \* 当健康保険組合で任意脱退の申出書を受理した日が属する月の翌月1日に資格を喪失します。  
(例:任意脱退申出受理日 R4.1.18 → 資格喪失日 R4.2.1)
- \* 月の途中で申し出た場合でも、その月の保険料の納付は必要です。期日までに納付が無い場合は、当該月納付期日の翌日が資格喪失日になります。(例:任意脱退申出受理日 R4.1.8 → 保険料未納 → 資格喪失日 R4.1.12)
- \* 資格喪失通知書は手続き終了後に発行・送付いたします。
- \* 任意脱退の申し出を取り消す事はできません。ご注意ください。

### Ⅱ 就職した(資格の重複を防ぐため、新たに取得した健康保険(または船員保険)の情報を記入してください。)

(\*当健康保険組合の保険証等を必ず添付してください)

被保険者証の保険者名称			
被保険者証の記号番号	記号	番号	
再就職先の名称			
資格取得年月日	令和 年 月 日	備考欄	

新たに取得した  
被保険者証のコピー  
貼付位置

\* 再就職で新たに取得した被保険者証のコピー  
(被保険者本人分のみ左欄に貼付してください)

#### 【留意事項】

・被保険者資格を喪失した月の保険料は必要ありません。重複されて納めている保険料については返還します。後日「還付請求書」をお送りしますので、そちらでご請求ください。ただし、同一月に資格を取得・喪失した場合は、保険料の還付はありません。

受付日付印

任意継続被保険者の保険証を紛失あるいは廃棄した方は「被保険者証滅失届」のご提出が必要となりますので、当健康保険組合適用係までご連絡ください。(Tel045-314-1477)

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

この申出書は、現在首都圏デジタル産業健康保険組合に加入している任意継続被保険者が資格の喪失を申し出るときに提出するものです。下記のⅠ・Ⅱのいずれか該当する方をご記入ください。申し出の際は交付されている全員の保険証、高齢受給者証、限度額認定証を添付の上(任意脱退の方は資格喪失日以降に返却)、当組合に郵送もしくは窓口にご提出ください。追って、資格喪失通知書を発行いたします。

## ●任意継続被保険者情報記入欄(共通)

任意継続被保険者証の 記号番号および氏名	999 - ×××	(氏名) <b>健保 太郎</b>
被保険者の生年月日	昭和・平成 ××年 3月 1日	
被保険者の住所	郵便番号(×××-××××)	電話番号 ×××(×××)××××
	〇〇 都道府県 <b>横浜市西区北幸〇-〇-〇</b>	

### Ⅰ 任意脱退を希望する

(※当健康保険組合の保険証等は資格喪失後直ぐに返却してください。)

任意脱退申出日	令和 年 月 日	(書類作成日を記入)
---------	----------	------------

- \* 当健康保険組合で任意脱退の申出書を受理した日が属する月の翌月1日に資格を喪失します。  
(例:任意脱退申出受理日 R4.1.18 → 資格喪失日 R4.2.1)
- \* 月の途中に申し出た場合でも、その月の保険料の納付が必要です。期日までに納付が無い場合は、当該月納付期日の翌日が資格喪失日になります。(例:任意脱退申出受理日 R4.1.8 → 保険料未納 → 資格喪失日 R4.1.12)
- \* 資格喪失通知書は手続き終了後に発行・送付いたします。
- \* 任意脱退の申し出を取り消す事はできません。ご注意ください。

### Ⅱ 就職した(資格の重複を防ぐため、新たに取得した健康保険(または船員保険)の情報を記入してください。)

(※当健康保険組合の保険証等を必ず添付してください)

被保険者証の保険者名称	<b>△△健康保険組合</b>		
被保険者証の記号番号	記号	<b>△△△</b>	番号 <b>△△△</b>
再就職先の名称	<b>△△△(株)</b>		
資格取得年月日	令和 〇年 〇月 〇日	備考欄	

#### (被保険者)

健康保険  
穂保険者証 記号 △△△ 番号 △△△

氏名 **健保 太郎**  
生年月日 **昭和××年3月1日**  
資格取得年月日 **令和〇年〇月〇日**

\* 再就職で新たに取得した被保険者証のコピー(被保険者本人分のみ左欄に貼付してください)

#### 【留意事項】

・被保険者資格を喪失した月の保険料は必要ありません。重複されて納めている保険料については返還します。後日「還付請求書」をお送りしますので、そちらでご請求ください。ただし、同一月に資格を取得・喪失する場合は返還しません。

**新しく発行された保険証のコピーを必ず添付してください。**

**注: 保険料の還付がある場合 添付がないと手続きが出来ない場合があります。**

任意継続被保険者の保険証を紛失あるいは廃棄した方は「被保険者証滅失届」のご提出が必要となりますので、当健康保険組合適用係までご連絡ください。(Tel045-314-1477)

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

この申出書は、現在首都圏デジタル産業健康保険組合に加入している任意継続被保険者が資格の喪失を申し出るときに提出するものです。下記のⅠ・Ⅱのいずれか該当する方をご記入ください。申し出の際は交付されている全員の保険証、高齢受給者証、限度額認定証を添付の上(任意脱退の方は資格喪失日以降に返却)、当組合に郵送もしくは窓口にご提出ください。追って、資格喪失通知書を発行いたします。

## ●任意継続被保険者情報記入欄(共通)

任意継続被保険者証の 記号番号および氏名	999 - ×××	(氏名) <b>健保 太郎</b>
被保険者の生年月日	<b>昭和</b> ・平成 ××年 3月 1日	
被保険者の住所	郵便番号(×××-××××)	電話番号 ×××(×××)××××
	〇〇 都道府県 <b>横浜市</b> 西区北幸〇-〇-〇	

### Ⅰ 任意脱退を希望する

(※当健康保険組合の保険証等は**資格喪失後直ぐに返却**してください。)

任意脱退申出日	令和 4年 1月 18日	(書類作成日を記入)
---------	--------------	------------

- \* 当健康保険組合で任意脱退の申出書を受理した日が属する月の翌月1日に資格を喪失します。  
(例:任意脱退申出受理日 R4.1.18 → 資格喪失日 R4.2.1)
- \* 月の途中で申し出た場合でも、その月の保険料の納付が必要です。期日までに納付が無い場合は、当該月納付期日の翌日が資格喪失日になります。(例:任意脱退申出受理日 R4.1.8 → 保険料未納 → 資格喪失日 R4.1.12)
- \* 資格喪失通知書は手続き終了後に発行・送付いたします。
- \* 任意脱退の申し出を取り消す事はできません。ご注意ください。

### Ⅱ 就職した(資格の重複を防ぐため、新たに取得した健康保険(または国民健康保険)の情報を記入してください。)

(※当健康保険組合の保険証等を**必ず添付**してください)

被保険者証の保険者名称			
被保険者証の記号番号	記号		
再就職先の名称			
資格取得年月日	令和 年 月 日	備考欄	

月の途中で申し出した場合も、保険料の納付は必要です。ご注意ください。

見本の日付の場合、喪失日は令和4年2月1日になります。

新たに取得した  
被保険者証のコピー  
貼付位置

- \* 再就職で新たに取得した被保険者証のコピー(被保険者本人分のみ左欄に貼付してください)

#### 【留意事項】

- ・被保険者資格を喪失した月の保険料は必要ありません。重複されて納めている保険料については返還します。後日「還付請求書」をお送りしますので、そちらでご請求ください。ただし、同一月に資格を取得・喪失した場合は、保険料の還付はありません。

受付日付印

任意継続被保険者の保険証を紛失あるいは廃棄した方は「被保険者証滅失届」のご提出が必要となりますので、当健康保険組合適用係までご連絡ください。(Tel045-314-1477)