

決裁日付印

理事長	常務理事	事務長	事務課(係)長	係

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

※太線内、丁寧に記入ください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出

被保険者情報	被保険者証の記号と番号	記号	1900	番号	1234						
	被保険者氏名	健保 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	郵便番号 ( 111 - 111 )									
電話番号	神奈川県横浜市〇〇区〇〇町1-1-1										
		電話番号 ( 888 - 888 - 8888 )									

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	<input type="checkbox"/> 任意継続の資格喪失を希望のため（申出書健保着日の翌月1日で資格喪失） 申出書が健保に到着後、必要書類を送付します。その書類に同封の返信用封筒で、保険証を返却して下さい。
	<input checked="" type="checkbox"/> 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（再就職） ※TDKの保険証を申出書と一緒に返却下さい。 <p style="text-align: center;">＜被保険者証等の写しの添付＞</p> 適正に資格記録を把握するため、再就職等で新たに取得した被保険者証の写しの添付にご協力をお願いいたします。 お名前と日付を確認します。保険証に記載されている記号と番号は不要ですので、黒くぬりつぶしてください。
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため ※TDKの保険証を返却して下さい。

資格喪失年月日 (健保記入欄)	令和	年	月	日
--------------------	----	---	---	---

## ※保険証返却

- 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている被保険者証の返却が必要です。また、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けている場合は、それらも併せて返却してください。
- 被保険者証等を紛失してしまったときは「滅失届」が必要となります。

## 《留意事項》

喪失した月の保険料は納付の必要はありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付通知書」「還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。  
但し、取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、初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。

受付日付印

## 【送付および問い合わせ先】

〒103-6128 東京都中央区日本橋2-5-1 日本橋高島屋三井ビルディング  
TDK健康保険組合  
TEL.03-6778-1103

(保険証書式8)