常務理事	事務長	係員

※任意継続の被保険者資格を喪失する際にご提出ください。
※保険料未納、期間満了及び被保険者死亡により資格喪失する場合、提出は不要です。

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者 記号・番号	3	0	0	0					個人番号(記号・番号が分からないとき)													
氏名										生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和											
住所 電話番号(日中の連絡先)	(〒　　－　　) TEL　　(　　)																					

資格喪失の事由1、2、3のいずれかに☑を付けて、1と3の場合は再取得後の記号番号等を記入してください。

□ 1. 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	
再取得後の健康保険の記号番号	記号　　番号
適用事業所の名称および所在地	名称 所在地
資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
添付書類	・ウラベ健康保険組合の「保険証」、「資格確認書」(扶養家族分を含む)・・・交付を受けている方 ・「高齢受給者証」「限度額適用認定証」・・・交付を受けている方 ・新たに取得した「資格情報のお知らせ」のコピー(扶養家族分を含む)
□ 2. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	
添付書類	・ウラベ健康保険組合の「保険証」、「資格確認書」(扶養家族分を含む)・・・交付を受けている方 ・「高齢受給者証」「限度額適用認定証」・・・交付を受けている方 (注)交付を受けている保険証等は、申出月の月末まで使用できますので、申出月の翌月1日(資格喪失日)以降にご返却いただくこともできます。
注意事項	・申出後に取消はできません。 ・保険料は、この申出書を健康保険組合が受理した日の属する月分まで納付が必要です。(例:3月5日受理の場合、4月1日資格喪失→3月分保険料納付必要)
□ 3. 後期高齢者医療の被保険者になったため	
後期高齢者医療の被保険者番号	
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	(　　)後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
添付書類	・ウラベ健康保険組合の「保険証」、「資格確認書」(扶養家族分を含む)・・・交付を受けている方 ・「高齢受給者証」「限度額適用認定証」・・・交付を受けている方 ・新たに取得した「資格情報のお知らせ」のコピー(扶養家族分を含む)

上記の事由に該当するため、申出します。　令和　　年　　月　　日

資格喪失年月日 ※健保記入欄	令和　　年　　月　　日	①新たに健康保険、船員保険、後期高齢者医療制度の被保険者になった日(資格取得年月日) ②任意継続被保険者でなくなることを希望する場合は、この申出書が受理された日の属する月の翌月1日

受付日付印