

常務理事	事務長	担当者	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日

任意継続の被保険者等記号・番号	記号	9000	番号		被保険者氏名	
住所	〒		-			
電話番号	()		-	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失事由 ア～ウのいずれかを「○」で囲み 必要事項を記入してください。	ア 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 ① 再就職先の健康保険または船員保険の被保険者等記号番号 (記号: 番号: 枝番:) ② 保険者(組合、協会けんぽ等)の名称および所在地 名称 () 所在地 () ③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日) 再就職先から発行された資格情報のお知らせのコピーを必ず添付してください。
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため ① 後期高齢者医療の被保険者番号 () ② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合) ③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	ウ 任意継続健康保険の脱退を希望するため ※ 申出が受理された日の属する月の翌月1日 が脱退日(資格喪失日)となります。申請日ではございませんのでご注意ください。 ※ 脱退日到来後、健保より「資格喪失証明書」を送付いたしますので当健保の健康保険証又は資格確認書をお持ちの場合は速やかに返却してください。 ※ 脱退日以降に当健保の健康保険証や資格確認書を使用した場合は後日医療費を返還いただくことになりますので、ご注意ください。
任意継続喪失証明書の送付先	上記被保険者住所以外への送付をご希望の方のみご記入ください。 〒 -

◎裏面の留意事項等を必ずご一読ください

◎資格喪失に伴う返却物について

※任意継続の被保険者証又は資格確認書を交付されている場合は(被扶養者がいる場合は一緒に)必ず返却してください。

※健康保険高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合も必ず返却してください。

◆提出先・照会先 JAST健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL: 06-4560-1008 E-mail: info@jastkenpo.or.jp

JAST健康保険組合(2024.12)

申出書記入の留意事項

- ・ 任意継続被保険者の資格喪失の事由「ア」～「ウ」のいずれかを「○」で囲み、選択した項目に該当事項を記入してください。
- ※ 申出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。

申出書に添付して提出するもの

- ◆ 資格喪失事由が「ア」の場合
 - ・ 当健保の健康保険被保険者証又は資格確認書 ※交付されている場合
 - ・ 再就職先から発行された資格情報のお知らせのコピー
 - ・ 健康保険高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証等、当健保より交付されているもの（該当者のみ）
- ◆ 資格喪失事由が「イ」の場合
 - ・ 当健保の健康保険被保険者証又は資格確認書 ※交付されている場合
 - ・ 健康保険高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証等、当健保より交付されているもの（該当者のみ）
- ◆ 資格喪失事由が「ウ」の場合

申請書に添付して提出するものはございません。

ただし、当健保より「資格喪失証明書」が届いた後に、以下の提出をお願いします。

 - ・ 当健保の健康保険被保険者証又は資格確認書 ※交付されている場合
 - ・ 健康保険高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証等、当健保より交付されているもの（該当者のみ）

留意事項

資格喪失月の保険料を納めていただく必要はありません。既に資格喪失月以降の保険料を納付していただいている場合は、当組合にて再就職先から発行された資格情報のお知らせの写しを確認し、資格喪失処理をした後に、保険料の還付ができる場合は、後日改めて「保険料還付請求書」を送付いたします。

ただし、資格の取得と喪失が同月の場合は、保険料が発生いたしますので、保険料の還付はありません。