

被保険者様に健康保険取得事由等で、喪失事由が生じた際は5日以内にご提出ください。

格喪失由出事

※記入見本

被 保 険 者 欄	1	被保険者等の記号・番号	1	9	-	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	被生保険者日	昭和	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	被保険者名	(フリガナ) ニッシン (氏) 日清	(名) タロウ 太郎	印								
	4	被保険者住所	郵便番号 (999-9999) 〇〇 都道府県	自宅電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇 携帯電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇 〇〇区〇〇〇町〇丁目-〇-〇									

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

5	資格喪失年月日	和暦 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇	※再就職等による資格取得日が喪失日になります
	資格喪失の事由	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)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 (記号 ◇△〇 番号 〇〇〇〇) (2)再就職先の名称および所在地 名称 (株式会社〇〇〇〇工務店) 所在地 (〇〇県〇〇〇区〇〇〇丁目◎番地-〇) (3)資格取得年月 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日)	
	ア、イ、ウの何れかを「○」で囲み、再取得後の被保険者の記号・番号等をご記入下さい。	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の被保険者番号 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 (年 月 日)	
	ウ その他 (申出による喪失(申出受理月の翌1日が喪失日)・死亡) 喪失年月日 (令和 年 月 日) ※死亡喪失の場合、死亡日翌日をご記入ください。		
6	摘要欄		

【この申出書に添付して提出するもの】

- 上記アの場合：再就職で新たに資格取得日の確認できる書類コピー（被保険者本人・家族分）
上記イの場合：後期高齢者医療制度の資格取得日の確認できる書類コピー（該当される方のみ）
- 【お手元にある場合】日清紡健保組合から交付されている全員の資格確認書
※書面の高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている方は、併せてご返却下さい。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	印	

受付日印

※保険者使用欄：(保険証など 枚)・(確認書類コピー 枚・無)

資格喪失ご希望月の前月末日までに健保組合必着で送付ください。

険者資格喪失由出事

※記入見本

被 保 険 者 欄	1	被保険者等の記号・番号	1	9	-	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	被生保険者日	昭和	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	被保険者名	(フリガナ) ニッシン (氏) 日清	(名) タロウ 太郎	印								
	4	被保険者住所	郵便番号 (999-9999) 〇〇 都道府県	自宅電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇 携帯電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇 〇〇区〇〇〇町〇丁目-〇-〇									

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

5	資格喪失年月日	和暦 令和	年 月 日	※再就職等による資格取得日が喪失日になります
	資格喪失の事由	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)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 (記号 番号) (2)再就職先の名称および所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月 令和 年 月 日)		
	ア、イ、ウの何れかを「○」で囲み、再取得後の被保険者の記号・番号等をご記入下さい。	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の被保険者番号 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 (年 月 日)		
	ウ その他 (申出による喪失(申出受理月の翌1日が喪失日)・死亡) 喪失年月日 (令和 年 月 日) ※死亡喪失の場合、死亡日翌日をご記入ください。			
6	摘要欄			

【この申出書に添付して提出するもの】

- 上記アの場合：再就職で新たに資格取得日の確認できる書類コピー（被保険者本人・家族分）
上記イの場合：後期高齢者医療制度の資格取得日の確認できる書類コピー（該当される方のみ）
- 【お手元にある場合】日清紡健保組合から交付されている全員の資格確認書
※書面の高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている方は、併せてご返却下さい。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	印	

受付日印

※保険者使用欄：(保険証など 枚)・(確認書類コピー 枚・無)

日清紡健康保険組合