ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合 御中

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

提出日	令和　　年　　月　　日

被保険者情報　※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号				被保険者氏名	フリガナ
記号		番号（右詰め）			
性別	生年月日			現住所	
□ 男 □ 女	□昭和 □平成	年	月　日	〒　TEL	

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出いたします。

届出内容

資格喪失事由 （該当する番号を○で囲み、1～3の場合は日付を記入してください）	添付書類
1. 就職（勤務先の健康保険に加入）のため 資格取得日（令和　　年　　月　　日）	就職先の健康保険組合等の次のうちいずれか1点 ・「資格情報のお知らせ（写）」 ・「資格確認書（写）」 ・「資格取得証明書」 ※被保険者分のみご提出ください。
2. 被保険者死亡のため 死亡日（令和　　年　　月　　日）	死亡診断書（写）
3. 65歳～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得日（令和　　年　　月　　日）	後期高齢者医療制度の「資格情報のお知らせ（写）」 または「資格確認書（写）」
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため （資格喪失日：健保組合が申出書を受理した日の翌月1日）	

被扶養者がいる場合には、その氏名を記入してください。

被扶養者氏名（フリガナ）	性別	続柄	生年月日
	□ 男 □ 女		□ 昭 □ 平　年　月　日 □ 令
	□ 男 □ 女		□ 昭 □ 平　年　月　日 □ 令
	□ 男 □ 女		□ 昭 □ 平　年　月　日 □ 令
	□ 男 □ 女		□ 昭 □ 平　年　月　日 □ 令
	□ 男 □ 女		□ 昭 □ 平　年　月　日 □ 令

受付日付印

【注意事項】
- 当健保の「資格確認書(有効期限内のもの)」をお持ちの方は添付してください【被扶養者分を含む】。
  但し、資格喪失事由が上記4の場合は、申出月の月末まで使用することができるため、資格喪失後速やかに返却願います。（「資格情報のお知らせ」は返却不要）
- 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方は併せて添付願います。

＜書類の送付先＞

〒187-8588　東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合　任意継続担当

インプット	回収	資格喪失年月日※健保記入欄
		令和 年　月　日