（提出ルート）
被保険者（本人）　→　イオン健康保険組合

〒261-8515　千葉市美浜区中瀬1-5-1
（☎　043-212-6048）

イオン健康保険組合理事長　殿

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申請書

※この申請書は任意継続保険資格喪失の際に使用します。資格喪失まで大切に保管下さい。
　また、この申請書を提出する際は必ず任意継続の**保険証（ご家族全員分）とともに送付**して下さい。
　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は、それらも送付して下さい。

<被保険者記入欄>　令和　　年　　月　　日　下記のとおり申請します。

記　号	①　番　号	②　被保険者氏名 （フリガナ）	③　生　年　月　日
90			昭・平　　年　　月　　日

④　郵便番号	⑤　住　所
□□□－□□□□	フリガナ　（　　） 都道府県

⑥　電　話　番　号	
自宅：　（　　）	携帯：　（　　）

⑦　資格喪失日	令和　　年　　月　　日	資格喪失日→下記喪失理由が1.2.5.は資格取得日、3.は死亡日の翌日、6.は未納月の11日です。

◎　資格喪失の理由（該当する番号を〇で囲み、必要事項を記入して下さい。）

１．健康保険の被保険者資格を取得したため
（１）新しく加入した健康保険組合名
（　　）
（２）適用事業所の名称（就職した会社名）
（　　）
（３）資格取得日
（取得日：令和　　年　　月　　日）

２．船員保険の被保険者資格を取得したため
（１）資格取得日
（取得日：令和　　年　　月　　日）

３．被保険者が死亡したため
（死亡日：令和　　年　　月　　日）

**健康保険の被保険者資格を取得した場合のみ
新しく交付された保険証コピーを添付下さい
資格取得日を確認致します**
（イオン健康保険組合に再加入された場合は添付不要）

４．法定期間（２年）が満了したため
●資格喪失証明書は、この申請書と保険証が当健保に到着次第、資格喪失日後に送付致します。

５．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
※７５歳未満で資格取得した場合は、新しく交付された保険証のコピーを添付して下さい。
（１）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）
（２）資格取得日　（取得日：令和　　年　　月　　日）

６．保険料が納付期日までに納付できなかったため
●資格喪失証明書を希望する場合、返信用封筒に住所氏名を記入の上、切手を貼り送付（同封）下さい。

＊上記１～３の理由で資格喪失をしたときに還付（返金）が発生する場合、下記振込先欄をご記入下さい。
ただし、被保険者が死亡の場合はイオン健康保険組合までお問い合わせ下さい。

振込先 （被保険者の口座） ゆうちょ銀行除く	銀行名	支店名	口座番号（普通）	口座名義（カタカナで記入）
	銀行　・　信金	本　・　支店		

2022.2

＜健保処理欄＞

常務理事	事務長	課長	係

証明書の交付	還付
不要　・　要（　/　）	無　・　有（　/　）
証回収区分	
1.添付　令和　　年　　月　　日　　枚	
2.不能　令和　　年　　月　　日　　枚	
3.滅失　令和　　年　　月　　日　　枚	

確認日

受付日