アステラス健康保険組合
理事長殿

健保受付印

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

太枠内のご記入をお願いいたします。

被保険者等 記号-番号	1	8	0	―				
被保険者氏名								
郵便番号				―				
住所	都道 府県							
電話番号	（　　）					―		

資格喪失理由（該当するものに番号に〇）		資格喪失日
1	再就職し、就職先の健康保険に加入したため 資格取得日：令和　　年　　月　　日	新しい勤務先の「健康保険資格取得日」
2	被保険者が死亡したため 死亡日の翌日：令和　　年　　月　　日	死亡日の翌日
3	他の健康保険に加入するため （〇国民健康保険に加入する　〇ご家族の被扶養者となる　等） 保険料は、資格喪失月の前月分までを納付期限までに納めて頂く必要があります。原則として申出後に取消は出来ません。 資格喪失証明書は、受理後に郵送します。	健保が申出書を受理した日の翌月1日

添付・返却書類	資格喪失理由	添付・返却書類
	1. 再就職	①新しい勤務先で加入した保険証のコピー②現在お持ちの保険証(＊)
	2. 被保険者死亡	①死亡した事がわかるもの（死亡診断書等）②現在お持ちの保険証(＊)
	3. 他の健康保険組合に加入	現在お持ちの保険証　届出時ではなく、資格喪失後5日以内に返却(＊)

＊　**アステラス健康保険組合から交付された全ての被保険者証を返却下さい。**
被保険者証を紛失した場合は「健康保険被保険者証滅失届」を提出して下さい。
高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証なども交付されている場合は、それらも併せて送付して下さい。

◆申出書の送付先：　〒１０３－８４１１
東京都中央区日本橋本町２－５－１
アステラス健康保険組合　　宛

◆健保処理欄

資格喪失日	保険証回収
年　　月　　日	

常務理事	事務長	係