

健康保険任意継続被保険者資格 資格喪失申出書

* 被保険者及び被扶養者の方に交付されているすべての健康保険者証の返納が必要です。

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、そちらも併せて添付してください。

* 被扶養者削除の場合は、別途「健康保険被扶養者届」のご提出もお願いいたします。

● 以下、太枠内のご記入をお願いします。

申請日 令和 年 月 日				
被保険者 情報	フリガナ			
	氏名			
	保険証記載 記号 — 番号	固定電話番号	携帯番号（日中の連絡先）	
	9 9 9 —	— —	— —	— —
	住所			
	〒 —			
下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。 資格喪失の事由（以下いずれかを☑し、摘要欄に再取得した保険者証or資格確認書or資格情報のお知らせの写しを貼付して下さい。）				
<input type="checkbox"/> 他の健康保険の被保険者資格を取得したため				
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため（申出が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。）				
<input type="checkbox"/> 船員保険の被保険者資格を取得したため				
<input type="checkbox"/> 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				
※再取得した保険者証or資格確認書or資格情報のお知らせの写しを貼付してください。				

● 申請書送付先

〒542-0072 大阪市中央区高津3-15-2 大阪ビル本館4階

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 任意継続担当者宛

健康保険被扶養者届

*被扶養者削除の場合は、こちらの書類も添付してください。

被扶養者	氏名		性別	続柄	生年月日				
	フリガナ								
			<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
					<input type="checkbox"/> 令和				
	職業 (学年)	同居 有無	収入 有無	*収入「有」の方のみ		発生年月日			
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類	年間見積額 (年収)				
					円	令和	年	月	日
	住所*同居の方は記載不要								
	〒 -								
氏名		性別	続柄	生年月日					
フリガナ									
		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和					
		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
				<input type="checkbox"/> 令和					
職業 (学年)	同居 有無	収入 有無	*収入「有」の方のみ		発生年月日				
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類	年間見積額 (年収)					
				円	令和	年	月	日	
住所*同居の方は記載不要									
〒 -									
氏名		性別	続柄	生年月日					
フリガナ									
		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和					
		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
				<input type="checkbox"/> 令和					
職業 (学年)	同居 有無	収入 有無	*収入「有」の方のみ		発生年月日				
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類	年間見積額 (年収)					
				円	令和	年	月	日	
住所*同居の方は記載不要									
〒 -									
氏名		性別	続柄	生年月日					
フリガナ									
		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭和					
		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
				<input type="checkbox"/> 令和					
職業 (学年)	同居 有無	収入 有無	*収入「有」の方のみ		発生年月日				
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類	年間見積額 (年収)					
				円	令和	年	月	日	
住所*同居の方は記載不要									
〒 -									