

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

Application Form for Decertification as Health Insurance Voluntarily and Continuously Insured Person

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	リーダー Leader	担当者 In Charge

◆ 脱退を希望される任意継続被保険者の方は、速やかにこの申請書を武田薬品健康保険組合へご提出ください。
Voluntarily and Continuously Insured Persons who wish to withdraw their membership should submit this Application Form promptly to the Takeda Health Insurance Society.

申請者情報欄 Applicant information	任意継続被保険者の記号番号 Voluntarily and Continuously Insured Person code and no.	生年月日 (年齢) Date of birth (age) 年 月 日 (年齢 (Y)/ 歳 (M)/ years (D))		
	氏名 Name	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	
	住所 Address (〒 -) 都 道 府 県 Prefecture	電話番号 (日中の連絡先) Tel. (Daytime contact no.) ()		

再就職先の事業所所在地 Address of new employer establishment	
再就職先の事業所名称 Name of new employer establishment	※ 再就職で脱退される方のみ、ご記入ください。 Fill out only if you are withdrawing due to re-employment.

資格喪失申請の理由 Reason for applying for decertification	該当する番号を○で囲み () 内にご記入ください。 Circle the applicable number and fill in the parentheses below.
	<p>1. 他の健康保険 (各種共済組合を含む) の被保険者資格を取得したため</p> <p>① 再取得後の資格情報のお知らせ等の記号・番号 ()</p> <p>② 資格取得年月日 (年 月 日)</p> <p>2. 船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>① 船員保険の資格情報のお知らせ等の記号・番号 ()</p> <p>② 資格取得年月日 (年 月 日)</p> <p>3. 上記 1、2 以外の理由で脱退を希望するため 喪失理由が 3 の場合、資格喪失日はこの申請書を健保組合が受理した日が属する月の翌月 1 日</p> <p>1. I became eligible as an insured person of another health insurer (including mutual aid association). ① New Notice of Eligibility Information etc. code/no. () ② Date eligibility acquired ([Y]/ [M]/ [D])</p> <p>2. I became eligible as an insured person of Seamen's Insurance. ① Seamen's Notice of Eligibility Information etc. code/no. () ② Date eligibility acquired ([Y]/ [M]/ [D])</p> <p>3. I wish to withdraw for reasons other than 1 and 2 above. If the reason for decertification is "3," the decertification date will be the first of the month after the month in which the Health Insurance Society receives this Application Form.</p>

【添付書類】

以下の書類を添付してください。

- 任意継続被保険者証・資格確認書 (被扶養者分を含む) をご返却ください。なお、資格喪失申請の理由が「3」の場合、申請書送付時に被保険証・資格確認書の添付は不要です。喪失日以降にご返却ください。
- 再就職で脱退される方は、再就職先の資格情報のお知らせ等の写し (被保険者分のみ) を添付してください。
- 限度額適用認定証、高齢受給者証をお持ちの方は、あわせてご返却ください。

[Documents to attach]

Attach the following documents:

- Return all Voluntarily and Continuously Insured Person health insurance cards / Eligibility Verification Certificate(s) (including those of dependents). If the reason for decertification is "3" above, you do not need to attach the health insurance cards / Eligibility Verification Certificate(s) with the Application Form. Instead, return them on or after the decertification date.
- If you are withdrawing due to re-employment, attach a copy of the Notice of Eligibility Information etc. from your new employer (for the insured person only).
- Return the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount or elderly benefits card.

【申請者等送付先】

〒541-0045 大阪市中央区道修町 2 丁目 3 番 8 号 武田北浜ビル 7 階
武田薬品健康保険組合 宛

Send the Application Form and other documents to: Takeda Health Insurance Society
7F, Takeda Kitahama Building, 3-8 Doshomachi 2-chome, Chuo-ku, Osaka 541-0045

- 健保組合処理欄 -

資格喪失年月日:	年	月	日
被保険者証・資格確認書 回収:			
資格情報のお知らせ等の写し 確認:			
保険料返金:	有	無	