

▼太枠内と申請日(右下) をご記入ください。

|                            |                   |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                       |       |  |       |  |       |  |
|----------------------------|-------------------|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|-------|--|-------|--|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 記号                | 番号                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                                                                  |       |  |       |  |       |  |
|                            | 被保険者証の            | 9 0 0 0 - 9 8 7 6 5 4 3                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 5 2 年 |  | 1 0 月 |  | 2 5 日 |  |
|                            | 氏名                | (フリガナ) ケンボ タロウ                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                       |       |  |       |  |       |  |
|                            | 住所                | (〒 123 - 4568 ) 愛知 都道府県(県) 名古屋市〇〇区▲▼町123番地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                       |       |  |       |  |       |  |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)           | 090 ( 9876 ) 5432 |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                       |       |  |       |  |       |  |

◆該当する資格喪失の事由（該当項目の□に✓印をつけ、日付等ご記入の上添付書類をご用意ください。）

| 資 格 喪 失 理 由                                                                                                                                                      | 添 付 書 類                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため<br><br>* この「資格喪失申出書」が当健保組合に受理された日の翌月1日に<br>資格を喪失されます。申出後の取消しはできませんのでご注意下さい。                             | なし                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 再就職し健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため<br><br>資格取得日      令和      年      月      日<br>※新しい保険証に記載の資格取得日をご記入ください。<br><br>新しく就職した会社の名称<br>(適用事業所名称) | ①新しい保険証のコピー<br>②リゾートトラスト健康保険組合資格確認書<br>(発行のある方のみ)<br>※高齢受給者証・限度額適用認定証等交付を<br>受けている場合はあわせて添付            |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため<br><br>資格取得日      令和      年      月      日                                                                          |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため<br><br>死亡日      令和      年      月      日                                                                                     | ①死亡が確認できる書類のコピー（死亡診断書等）<br>②リゾートトラスト健康保険組合の被保険者証<br>(家族分を含む)<br>※高齢受給者証・限度額適用認定証等交付を<br>受けている場合はあわせて添付 |

上記の事由に該当するため、申出します。      令和      7      年      12      月      15      日

《注意事項》

- ・ 上記資格取得日、もしくは死亡日の翌日に任意継続の資格を喪失します。
- ・ 資格を喪失した月以降の納付済保険料は、資格喪失日を確認後に「還付金請求書」を送付します。
- ・ ただし、任意継続に加入した取得月と喪失月が同月の場合は保険料の還付はありません。
- ・ 保険証を滅失等により返納できない場合は「任意継続被保険者証 滅失届」も合わせてご提出願います。

受付日付印

|      |     |  |  |  |
|------|-----|--|--|--|
| 常務理事 | 事務長 |  |  |  |
|      |     |  |  |  |