

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|-----|-----|------|----|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 ・ 届 出 者 | 記号 | 氏名 | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 992 | | | | | 平成 | | | | |
| | 番号 | 被保険者 住所 | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | 携帯 | - | - | 自宅 | - | - | - | - |

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、下記の事項に該当するため、

新規取得の保険証のコピー (枚)

HOYA健保の保険証 (枚)

HOYA健保の高齢受給者証 (枚)

HOYA健保の限度額認定証 (枚)

HOYA健保の特定疾病受給者証 (枚)

を添付の上、次の通り申出をいたします。

 私は、自署により申請をいたしました。上記に がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----|---|-------------|---|----|---|---|---|--|
| 資 格 喪 失 事 由 | 資格喪失日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| | (1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 | | | | | | | | | |
| | 記号 | | | | | 番号 | | | | |
| | (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | 後期高齢者医療広域連合 | | | | | | |
| (3) 資格取得年月日 | | | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | |

-- 健康保険組合使用欄 --

| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 適用担当者 | 取得 | | | | 喪失 | | | | | | |
|---------|-----|----|---------|----|-----|---|------------|----|---|---|----|---|---|---|
| | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 被保険者証回収 | | | 被扶養者証回収 | | | | 保険料還付日（振込） | | | | | | | |
| 添付 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 添付 | 枚 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 返不能 | | | | | 返不能 | 枚 | | | | | 金額 | | | |
| 滅失 | | | | | 滅失 | 枚 | | | | | | | | |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
| |

75歳の誕生日を迎え、任意継続保険から後期高齢者医療制度へ移行する手続きについて

被保険者様が75歳の誕生日を迎えたら、保険証・高齢受給者証等添付の上
被扶養者様がいるときは合わせて、保険証・高齢受給者証等添付の上
必要事項を記載、下記へご提出ください。

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書 (施行規則第43条)

記入見本

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|------------|-------------------|-----------------|------|--------------------|---|---|---|--|--|
| 被 保 険 者 ・ 届 出 者 | 記号 | 氏名 | | 生年月日 | | | | | | | |
| | 992 | (氏) | ○○○ | (名) | ○○○○ | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 番号 | 〒 | | *** - **** | | トドウフケンカラキサイシテクダサイ。 | | | | | |
| | ○○○○ | 被保険者 住所 | | 都道府県から記載してください。 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 携帯 | *** - **** - **** | | 自宅 | **** - **** - **** | | | | | |

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、下記の事項に該当するため、

新規取得の保険証のコピー (1 枚)

HOYA健保の保険証 (3 枚)

HOYA健保の高齢受給者証 (1 枚)

HOYA健保の限度額認定証 (0 枚)

HOYA健保の特定疾病受給者証 (0 枚)

を添付の上、次の通り申出をいたします。

- ・・・被保険者分
- ・・・被扶養者分も
- ・・・70歳以上の方
- ・・・入院等のときに発行したもの
- ・・・人工透析者など

私は、自署により申請をいたしました。
上記に がある場合は、被保険者本人の押印
を省略することができます。

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------|---|---|---|---|-------------|-------|---|---|---|--|
| 資 格 喪 失 事 由 | 資格喪失日 | 令和 | * | 年 | * | 月 | * | 日 | * | * | * | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| | (1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 | | | | | | | | | | | |
| | 記号 | ***** | | | | | 番号 | ***** | | | | |
| | (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | 住民票のある都道府県 | | | | | 後期高齢者医療広域連合 | | | | | |
| (3) 資格取得年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | * | 年 | * | 月 | * | 日 | * | * | * | |

75歳の誕生日

このページは提出不要です。

| | |
|-----|--------------------------------|
| 提出先 | 〒 164 - 8545 |
| | 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス6階 |
| | HOYA健康保険組合 松永 |