

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

|                            |               |           |     |            |   |
|----------------------------|---------------|-----------|-----|------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者の<br>記号番号 | 記 号<br>21 | 番 号 | 被保険者<br>氏名 |   |
|                            | 生年月日          | 昭和<br>平成  | 年   | 月          | 日 |
|                            | 住所            | (〒 )      |     |            |   |
|                            | 電話番号          |           |     |            |   |

|                                 |                          |   |    |   |   |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|----|---|---|---|
| 資<br>格<br>喪<br>失<br>の<br>事<br>由 | 該当する項目にチェックをご記入ください。     |   |    |   |   |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> | 新たに就職し、健康保険の被保険者の資格を取得したため (新たに加入された健康保険組合の取得日) |    |   |   |   |
|                                 |                          | 資格喪失年月日   | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|                                 | <input type="checkbox"/> | 被保険者が死亡したため                                     |    |   |   |   |
|                                 | ※ 死 亡 日                  | 令和  | 年  | 月 | 日 |   |
|                                 | ※ 申 請 者                  | (続柄: )  |    |   |   |   |
|                                 | ※ 申 請 者 住 所 : 〒          | (上記住所と同じ場合は記入不要)                                |    |   |   |   |
|                                 | 電 話 番 号 :                |   |    |   |   |   |

上記の事由により、任意継続被保険者資格喪失の申出をいたします。

令和 年 月 日

|                  |   |
|------------------|---|
| 注<br>意<br>事<br>項 | <p>1. 添付書類について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たに取得した<u>保険証のコピー</u>を添付ください (当健保の資格喪失日登録のため)</li> <li>・当健保が発行しました<u>保険証 (被扶養者分も含む) を返却</u>してください。また、<u>高齢受給者証および限度額適応認定証</u>をお持ちの方は、併せて当健保へ返却ください。</li> </ul> <p>2. 保険料について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格喪失月の保険料は不要です。すでに前納 (一括) 払いで納付されている方については、後日「還付金請求書」を送付いたしますので、必要事項をご記入のうえ返信ください。なお、同月に当健保の任意継続資格取得と資格喪失をされた場合、その月の保険料の返還はございません。</li> </ul> |
|------------------|---|

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|