

--	--	--	--	--

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

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

資 格 喪 失 の 事 由	該当する項目にチェックをご記入ください。			
	<input type="checkbox"/> ① 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"/> ② 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 :			
	<input type="checkbox"/> ③ 被保険者が脱退を希望するため (当健保へ申出書が届いた翌月1日が資格喪失日となります)			

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 意 事 項	1. 当健保が発行しました 保険証または資格確認書(被扶養者分も含む) は 資格喪失日以降5日以内に返却 してください。 また、 高齢受給者証および限度額適応認定証 をお持ちの方は、併せて当健保へ返却ください。
	2. 添付書類について 下記の書類を添付ください。(「資格喪失の事由」に該当する番号をご確認ください) ① 新たに取得した 資格確認書または資格情報のお知らせのコピー 、② 死亡診断書のコピー ③ 添付書類なし
	3. 保険料について ・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。

受付印