

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

※太枠内をご記入下さい。

申請日	令和	年	月	日				
被 保 険 者 情 報	健康保険 被保険者等 <small>※右詰めで記入ください</small>	記号	番号		生年月日			
		80			昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						

●資格喪失の事由（該当事由の□に✓印をご記入ください）

手 順	<input type="checkbox"/> ア) 健康保険の被保険者資格を取得したため（就職、契約変更等で新たに資格を取得した場合）	
	①「本申出書」、「当健保組合の保険証または資格確認書（全員分）」、「新しいお勤め先の資格情報のお知らせまたは資格確認書のコピー」を提出してください。	
	②後日、当健保組合より「資格喪失証明書」が発送されます。	
手 順	<input type="checkbox"/> イ) 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	※当健保組合に書類が届いた日の翌月1日が資格喪失日となります
	①「本申出書」のみ提出ください。	
	②資格喪失後に当健保組合より「資格喪失証明書」が発送されます。	
	③資格喪失証明書が届きましたら「保険証または資格確認書」（全員分）を返送してください。	
	※申出後の取り消しはできませんので、ご注意ください。	
	※申出が受理された日の属する月は、任意継続被保険者であるため、保険料の納付は必要となります。	
	<input type="checkbox"/> ウ) その他（	）

※「高齢受給者証」、「限度額適用認定証」をお持ちの場合は、返送してください。

※保険証または資格確認書を紛失した場合は、「滅失届（当健保組合のホームページに掲載）」を記入して提出してください。

※マイナ保険証を利用している方で当組合から発行されている「資格情報のお知らせ」をお持ちの方は返送不要です。

以下、記入および押印はしないでください。

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合

常務理事	事務長	マネジャー	担当