

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 被保険者証 ※右詰めで記入ください	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）

<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保険証を取得した場合）	
手 順	①「本申出書」、「当健保組合の保険証（全員分）」、「新しい保険証のコピー」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。
<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
手 順	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「健保組合の保険証（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、保険証と併せて返送してください。

※保険証を紛失した場合は、「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。

以下、記入および押印はしないでください。

常務理事	事務長	マネジャー	担当