

--	--	--	--	--

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	印
	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"/>	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 意 事 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)</u>を返却してください。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
-----