健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

被保険者記入欄				
保険証の番号	フリガナ:		性別	生 年 月 日
9990 ―	氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
住所 … マンション名、アパート名、〇〇号のある方は全て記入して下さい 〒				
電話番号	自宅 ( ) ―		Eメール アドレス	
	携帯			
資格喪失年月日	令和 年 月 日		※就職先健康保険に加入した場合は資格取得日を記入 申し出による場合は記入不要	

資格喪失理由(該当理由に〇を記入) ※右欄の書類を添付のうえ提出して下さい	添 付 書 類
① 就職先の健康保険に加入	就職先健康保険証のコピー ※扶養家族のコピーも添付 ＋ 保険証等(返却)
② 申し出による脱退	

注 意 事 項

1. 保険証(扶養家族含む)の返却について

①就職先の健康保険に加入の場合 : 本申出書に添えてご返却下さい

※保険証右下の健保角印にハサミで切り込みを入れるか、マジックで×印をつけてご送付下さい。
(切り落とさないで下さい)

※高齢受給者証、限度額適用認定証等が発行されている場合は同時にご返却下さい。
※当健康保険組合の保険証を紛失した場合は「健康保険被保険者証 滅失届」を同封して下さい。

②申し出による脱退の場合 : 資格喪失日以降速やかにご返却下さい

資格喪失日:申出書受理日の翌月1日

2. 保険料の返還

資格を喪失した月以降の納付済み保険料は、後日返還手続きをご案内致します。
ただし加入した月の保険料は徴収しますので、返還はありません。

※ 資格喪失日以降に保険証等を使用された場合は、後日返還請求致します。

※ 申し出による喪失の場合は、資格喪失日到来後、資格喪失証明書を発行致します。

※受付日付印