

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者証の記号番号	99	-	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 - 自宅電話番号 - 携帯 " -								

資格喪失年月日	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---

資格喪失事由(該当項目に ☑をしてください。)	<input type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため									
	新しく取得した被保険者証の記号番号									
	適用事業所(船舶所有者)の	名称								
		所在地								
	資格取得年月日(就職日)		令和	年	月	日				
	※新しく取得された保険証のコピー、当組合が発行した保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等をご返却ください。									
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)									
	新しく取得した被保険者証の記号番号									
	後期高齢者医療広域連合の名称		()	後期高齢者医療広域連合					
	資格取得年月日		令和	年	月	日				
※新しく取得された保険証のコピー、当組合が発行した保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等をご返却ください。										
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため(資格喪失申出)										
※この申出書が当健保に受理された日の属する月の翌月1日に資格喪失となります。保険証は資格喪失日まで使用可能なため、返却せずお手元にお持ちください。後日当健保より返却のご案内をいたします。										

上記のとおり申し出します。

令和 年 月 日提出

【納付済保険料について】

資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きを經過お返しします。

受付年月日