

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 - 〇〇〇	氏名	(カナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ご住所はマンション名、部屋番号までご記入ください。 自宅電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 " 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

資格喪失年月日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
---------	-----------------

資格喪失事由(該当項目に をしてください。)	<input checked="" 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	〇〇〇〇-△△△△
	適用事業所(船舶所有者)の	名称 〇〇株式会社
	所在地	大阪市西区〇〇-丁目2-34
	資格取得年月日(就職日)	令和 〇〇 年 〇 月 〇 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、還付手続きを経てお返しします。

受付年月日