

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	
	※新たに加入された保険より交付された「資格情報お知らせ」の写しをご提出ください。 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、資格確認書をお持ちの場合はご返却ください。									
	<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	
※新たに加入された保険より交付された「資格情報お知らせ」の写しをご提出ください。 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、資格確認書をお持ちの場合はご返却ください。										
<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)										
※この申出書が当組合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。 保険証もしくは資格確認書をお持ちの場合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、当組合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