

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり資格喪失を申出ます。

1	被保険者の 記号・番号	記 号	99	番 号	
2	被保険者氏名				
3	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
4	住所及び 電話番号	〒 電話番号：			
5	資格喪失理由 ※どちらかに チェック☑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（就職等） (1) 新しい保険証の被保険者証記号・番号 記号（ ）・番号（ ） (2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 ※保険証に記載されています。 名 称： 所在地： (3) 資格取得年月日： 年 月 日			■添付書類 ・保険証 ・高齢受給者証 （該当者のみ） ・限度額認定証 （該当者のみ） ・新しい保険証の コピー
		<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 ※申出書を当健保が受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。（投函日ではなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1日） ※申出後は資格喪失を取り消すことはできません。 ※保険証は、この申出書に添付しないでください。 （翌月1日以降に返却してください）			■添付書類 申出時には添付 書類は不要です。 ※保険証・高齢受 給者証・限度額認 定証は資格喪失 後に返却してく ださい。

受付日付印