

任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者の氏名・印		郵便番号			
		住所			
		電話番号			
被保険者証の記号・番号	記号: 20	生年月日	昭和	資格喪失年月日 (就職年月日)	令和 年 月 日
	番号:		年 月 日	(死亡の場合は翌日) (資格喪失申出日)	
資格喪失の理由	1.本人希望	備考			
	2.就職				
	3.死亡				
	4.その他				

* 保険料の返還が発生した場合の受取方法

1.被保険者の口座に振込	銀行・労金・信金	支店	普通預金	口座番号:	口座名義人:
2.現金書留で受取る	送付先住所及び電話番号:				
3.直接健保組合で受取る	来室予定日及び時間:				

※この届け出は、以下の理由に該当する場合に必要な書類を添えて、提出して下さい。

注: ①本人の希望により、任意継続被保険者の資格を喪失する場合に提出して下さい。(この場合申出日の翌月1日が喪失日となります)

②新たに健康保険の資格を取得(再就職)された場合に提出して下さい。

③新しく資格取得された健康保険の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付して下さい。(被扶養者がいる場合は被扶養者のコピーも添付して下さい。)

④この申出書には、任意継続被保険者証を添付して下さい。(任意継続被扶養者証も発行している場合は添付して下さい。)

* 保険者証ではなく、資格確認書を発行している場合は資格確認書を添付して下さい。

⑤死亡の場合は、埋葬を行う方が届出をして下さい。(資格喪失年月日は死亡日の翌日を記入して下さい。)

(健保記入欄)

資格喪失年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
保険証回収	添付・後日 (年 月 日) 枚
保険料の返還	無・有 (年 、 月分)

台帳	扶養	PC