

常務理事				担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

※こちらは下記の1または2の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。

被保険者等 記号・番号	記号 番号
フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住 所	〒 -
電話番号 (日中の連絡先)	()

◇該当する資格喪失事由の番号を○で囲み、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 1. 健康保険の被保険者となったため(就職)		
	再就職先の記号・番号等		
	記号・番号	記号	番号
	適用事業所		
	資格取得日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 2. 任意継続被保険者をやめたいため			

・喪失事由1の場合、※資格取得日のわかるものの写しを必ず添付してください。

・喪失事由2の場合、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。
資格喪失申出書の取り消しはできません。

※「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」

上記のとおり申出します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

総合警備保障健康保険組合 理事長 殿

受付印

※すでに保険料を納付していただいている場合は、後日「還付請求書」をお送りします。