

# 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申請書

※健康保険組合記入欄

※資格喪失年月日	※保険料還付期間	※保険料還付金額
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	円

常務理事	事務長			担当

※太枠内全てご記入ください(該当する箇所は○をつけてください)

記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢	取得年月日				
99				男	昭和	年	月	日	歳	平成	年	月	日
				女	平成					令和			
住所	〒	都道		電話	被扶養者の有無			1. 有 ( 人 ) 2. 無					
喪失理由 ※該当に○及び日付をご記入ください。	1 就職等により他の医療保険に加入したとき 就職日等: 年 月 日 ※就職等の被保険者証の写しを添付してください	被保険者証 について	1 同封	被保険者	資格喪失 証明書に ついて	1 発行を希望する 2 発行を希望しない							
	2 死亡 (死亡日: 年 月 日)		2 未返却	被扶養者 ( 枚 )									
	3 75歳に到達したとき		理由:										
	4 資格喪失の申出による 申出日(申請書記入日): 年 月 日 ※資格喪失日は、この申請書を健保が受理した日の翌月1日となります。		返却予定日 年 月 日										

上記の通り申請します。

年 月 日提出

受付日付印

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室  
大気社グループ健康保険組合

大気社グループ健康保険組合