

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 女	昭和 平成	年	月	日	歳	令和	年	月	日
住 所	〒	都 道 府 県		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 ※資格確認書の写しなど資格取得日が確認できる書類を添付してください。		被保険者証 または 資格確認書 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	理由:								
	3 75歳に到達したとき				返却予定日 年 月 日								
	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。												

上記の通り申請します。

【 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

年 月 日提出

受付日付印

大気社グループ健康保険組合