《記入例》

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
※　記入しないでください		円

常務理事	事務長			担　当

※太枠内全てご記入ください（該当する箇所は〇をつけてください）

記号	番号	被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ	性別	生年月日			年齢	取得年月日		
99	××××		健保　太郎	男（〇） 女	昭和（〇） 平成	年 5 5 月 0 8 日 0 7		〇〇 歳	令和	年 0 6 月 0 4 日 0 1	

住　所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇　都道府県（県〇）	ご住所をマンション名部屋番号までご記入ください	電話	〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇	被扶養者の有無	1. 有（〇）（ 1 人 ） 2. 無

喪失理由 ※該当に〇及び日付をご記入ください。		被保険者証または資格確認書について			資格喪失証明書について	
	1（〇）就職等により他の医療保険に加入したとき 就職日等：令和 6 年 10 月 1 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。		1 同封（〇）	被保険者（〇） 被扶養者（〇）（ 2 枚）		1 発行を希望する
	2 死亡（死亡日：　年　月　日）		2 未返却	理由：		2 発行を希望しない（〇）
	3 75歳に到達したとき					
	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