

《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○をつけてください)

記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	ケンボ	タロウ	性別	生年月日	年齢	取得年月日
99	××××	健保 太郎				男	昭和 5 5 0 8 0 7	平成 00	平成 2 6 0 1 0 5
住所	〒000-0000	都道府県	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	00-0000-0000	被扶養者の有無	1. 有 (1 人) 2. 無
喪失理由	1 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1年5月1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	2 未返却 理由: 返却予定日 年 月 日		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
※該当に○及び日付をご記入ください。	2 死亡 (死亡日: 年 月 日)				被扶養者 (2 枚)				
	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。								

上記の通り申請します。

年 月 日提出

【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

受付日付印

大気社グループ健康保険組合