

# 健康保険任意継続被保険者資格 喪失届 (申出書)

(ほけんをやめるとき)

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当

※伺い： 年 月 日申出書を受理し 年 月 日付資格喪失いたしたくお伺いいたします。

任意継続 ①被保険者証の	記号 9999	番号						
②資格喪失年月日 ア、未納月の11日 イ、満了日の翌日 ウ、再就職した日：資格取得日 エ、死亡日の翌日 オ、申出書が受理された日の属する月の翌月1日 例) 1/15受理の場合、2/1が資格喪失日となります。		③資格喪失の原因 ア 保険料未納 イ 期間満了 ウ 再就職 エ 死亡 オ 申し出		④被扶養者の有無  有・無	⑤保険料額 1箇月分  円	※標準報酬月額 千円  ※被保険者証 添付 滅失 返遅延 返不能		
令和 年 月 日		⑥資格喪失証明書の要・不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 受領済み		※任継続保険料を納入した期間 令 年 月分 ~ 令 年 月分迄 (最終納入年月日) 令 年 月 日				
備考								

上記のとおり、被保険者証を添えてお届けいたします。

令和 年 月 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

〒 TEL ( )

届出者 住所

## 届出上の注意

- ・②・③の「オ」は、ア～エ以外に該当する場合のみ選択できます。
- ・「オ」の申し出の場合は、先に申出書をFAXまたは郵送でお送りいただき、資格喪失日以降に保険証を返却ください。(FAX03-3662-9955)
- ・③には、該当原因ア～オに○印をすること。
- ・「ウ」の再就職の場合は、**勤務先で受けられた保険証の写し**を必ず添付のこと。
- ・④には、該当に○印をすること。
- ・⑥には、該当に□に✓をすること。

※印には記入しないこと。

氏名

※受付日付印