

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 イ ウ エ オ 保険料未納 期間満了 再就職 死亡 申し出 | | ④被扶養者の有無 | ⑤保険料額 1箇月分 | ※標準報酬月額 千円 | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 有・無 | 円 | ※被保険者証 添付 滅失 返遅延 返不能 | | |
| 喪失証明書について | 資格喪失の原因が上記③のア. 保険料未納、イ. 期間満了、オ. 申し出のいずれかに該当する場合は、自動的に資格喪失証明書が発行されます。それ以外の喪失事由で証明書ご希望の場合は、当組合にご連絡ください。 | | | | ※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。

※印には記入しないこと。

氏名 _____

※受付日付印