

## 任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者の氏名	〇〇 太郎	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
		住所	千葉県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇		
		電話番号	(〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		
被保険者証の記号・番号	記号: 20	生年月日	昭和	資格喪失年月日 (就職年月日) (死亡の場合は翌日) (資格喪失申出日)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	番号: 〇〇〇		〇〇年〇〇月 〇〇日		
資格喪失の理由	1.本人希望	備考			
	2.就職				
	2.死亡				
	3.その他				

## \* 保険料の返還が発生した場合の受取方法

1.被保険者の口座に振込	〇〇 銀行・労金・信金 〇〇 支店 普通預金 口座番号: 〇〇〇〇 口座名義人: 〇〇 太郎
2.現金書留で受取る	送付先住所及び電話番号: (〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
3.直接健保組合で受取る	来室予定日及び時間: 〇〇 〇〇

※この届け出は、以下の理由に該当する場合に必要な書類を添えて、提出して下さい。

注: ①本人の希望により、任意継続被保険者の資格を喪失する場合に提出して下さい。(この場合申出日の翌月1日が喪失日となります)

②この申出書は、新たに健康保険の資格を取得(再就職)された場合に提出して下さい。

③新しく資格取得された健康保険証のコピーを添付して下さい。(被扶養者の健康保険証のコピーも添付して下さい。)

④この申出書には、任意継続被保険者証を添付して下さい。(任意継続被扶養者証も発行している場合は添付して下さい。)

⑤死亡の場合は、埋葬を行う方が届出をして下さい。(資格喪失年月日は死亡日の翌日を記入して下さい。)

## (健保記入欄)

資格喪失年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
保険証回収	添付・後日 ( 年 月 日 ) 枚
保険料の返還	無・有 ( 年 、 月分 )

台帳	扶養	PC