

# 健康保険 任意継続被保険者

## 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	199-	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	氏名		(日中の連絡先)		
	現住所	〒			

●該当する資格喪失事由にレ点を付け、該当項目をご記入ください。

資 格 喪 失 事 由	<input type="checkbox"/> ①再就職に伴い、次の制度の被保険者資格を取得したため				※①・②の理由の方は当健保が交付している被保険者証(カード)の添付をお願いいたします。 (限度額認定証・高齢受給者証等の交付を受けている方は全ての証)  尚、①の理由の方は新たな被保険者証のコピーも添付をお願いいたします。
	1.健康保険 2.共済組合 3.船員保険				
	再就職した 勤務先	名 称			
		所在地			
	新たな保険証 の記号番号	記号	番号		
	資格取得日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> ②死亡したため				
令和 年 月 日に死亡					
<input type="checkbox"/> ③任意継続被保険者でなくなることを希望するため				※留意事項を必ずご確認ください。	

●資格喪失事由③の方の添付書類及び留意事項

- ・資格喪失日は当健保がこの申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。  
※『受理した日』とは、当健保へ申出書が到着した日付となります。月末の郵送の際はご注意ください。
- ・申出書を当健保が受理した日の属する月分まで任意継続保険料がかかります。
- ・申出書を受理した日の属する月も被保険者であるため、申出書に保険証を添付しないでください。
- ・申出後の取り消しはできません。

<送付先> 〒371-0022 群馬県前橋市千代田町二丁目3番12号 しのめ信用金庫 前橋営業部3階 北関東しんさん健康保険組合 宛
---



ご不明な点がございましたら当健保までお問い合わせください。担当:平井 TEL:027-289-0175

組合記入欄: 令和 年 月 日 喪失 (還付: 有・無)