

【任意継続被保険者の新保険資格取得による脱退用】

任意継続保険 資格喪失 申出書

*下記に必要事項をご記入のうえご提出ください。

高島屋健康保険組合 理事長 殿

下記の事由に該当するため、資格喪失を申出します。

*必ず記載して下さい

令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者	記号	79	番号		生 年 月 日
	被保険者氏名					☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日生
	住 所	〒 ー				連絡先電話番号 ()

*下記にご記入頂いた(3)資格取得年月日と同日での任意継続保険の資格喪失となります。

*下記内容がご不明な場合は、新しい就職先などのご担当者にご確認のうえご記入ください。

資格消失の事実 (該当項目に✓印を ご記入ください。)	資格喪失年月日	令和 年 月 日	※3 下記(3)と同日をご記入下さい		
	☐ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため				
	上記に✓印した場合 にご記入ください	(1)新しく取得(再取得後)の健康保険 または船員保険の被保険者証等の記号番号	記号 ※1		番号 ※2
		(2)新しい就職先(適用事業所)または 船舶所有者の名称および所在地	名 称		
			所在地		
	(3)資格取得年月日	※3	令和 年 月 日		
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	上記に✓印した場合 にご記入ください	(1)後期高齢者医療の被保険者証等の 被保険者番号			
		(2)都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	名称 ()	後期高齢者医療広域連合	
		(3)資格取得年月日	※3	令和 年 月 日	

(注) 任意継続保険料を「毎月払い」をされている場合、毎月末迄に当健保組合が

申出書を受領した分について、翌月の保険料から引落しを停止いたします。

すでに納付済みの保険料は、新しい資格取得月より返還いたします。

返還は手続きが完了した時点で書面により通知いたします。

※1,2 は新しい保険者にご確認ください。

※健保記入欄

保険証等回収日	年 月 日	任継資格喪失日	年 月 日
保 険 料 還 付 日	年 月 日	還 付 額	円

健保組合受付印

*注 この申出書は、現在交付されている全ての「任意継続被保険者証等」「高年齢受給者証」「限度額適用認定証」等と一緒に送ってください。