

(任意継続被保険者)

任意継続保険 資格喪失 申出書

健保組合			
常務理事	事務長		担当者

*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 2 年 2 月 10 日

被保険者情報	被保険者証	記号	79	番号	00X0X	生年月日
	被保険者氏名・印	高島太郎 (高島)				☒ 昭和 ☐ 平成 00 年 0 月 09 日生
	住所	〒000-0000 00府00市00町1-1-1 連絡先電話番号 099 (0000) 0000				

*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。

資格喪失の事実 (該当項目に印を記入してください)	資格喪失年月日	令和 2 年 2 月 1 日					
	☒ 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の記号番号	記号	XXXX	番号	XXXXXXXX	
		(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	(株) 0000			
			所在地	00県 00市			
		(3)資格取得年月日	令和 2 年 2 月 1 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	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。

健保組合受付印

※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

2020.2 改訂

*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」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」と一緒にお送りください。