

【任意継続被保険者の脱退希望用】

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。

健保組合			
常務理事	事務長		担当者

* 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 ()

新しく被保険者資格を取得された場合は B または C にご記入ください。

資格消失の事実 (該当項目に✓印をご記入ください。)	任意継続保険 資格喪失年月日	令和 年 月 日	脱退希望の場合は、健保組合が申 出書を受領した月の翌月 1 日付		
	☐ A 任意継続保険の脱退を希望するため (健保組合が申出書を受領した月の翌月 1 日で資格喪失)				
	☐ B 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 ※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	
	☐ C 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		※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。(引落の停止ができない場合ご返金します)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。

A の場合は当健保より資格喪失証明書が届き次第、当健保が交付している全ての「被保険者証等」「高齢受給者証」「限度額適用認定書」等をご返送下さい。

B・C の場合※1,2 は新しい被保険者証をご確認いただくか、保険者にお尋ね下さい。

——— 資格喪失年月日は※3 資格取得日と同日となります。———

——— 当健保が交付している全ての「被保険者証」「高齢受給者証」「限度額適用認定書」等をこの申出書と一緒にご返送ください。———

※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