

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

愛知製鋼健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

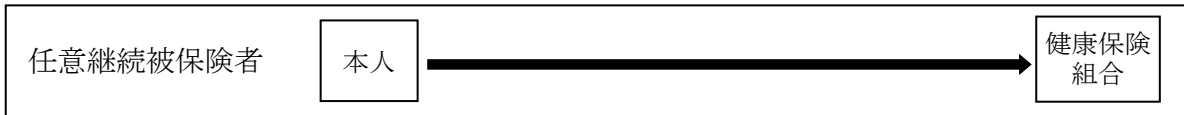
					提出日	令和	年	月	日
被保険者資格 記号番号	記号	30	番号		被保険者氏名	(印) シヤチハタ可			
被保険者 住所 電話番号	〒	-	都道 府県		自宅TEL()	-			
					携帯TEL()	-			
被 保 険 者 記 入 欄	申出事項	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した ※新たに取得した被保険者の「資格情報のお知らせ」のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3.保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.任意の理由で脱退 ※をご覧ください。 ※この申出書を受付した日の翌月1日が資格喪失日となります。 ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。							
	↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した								
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)					令和	年	月	日	
事業所名(会社名)									
健康保険組合名									

資格喪失証明書の発行	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない
------------	--

◆ 注意事項

- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
- 資格喪失後に健康保険を利用して受診した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。

お問い合わせ先 〒476-0003 愛知県東海市荒尾町大脇90番地
愛知製鋼健康保険組合 電話:052-603-9224

健 保 記 入 欄	決	常務理事	事務長	担当	担当
	裁				
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金:有・無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			
還付期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月				

健保受付印

保険証回収日	令和 年 月 日
保険証回収枚数	枚