

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日 提出

記号番号 および 被保険者氏名	記号 — 番号	被保険者氏名
	70 —	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所	〒	
電話番号	()	
資格喪失理由 ※該当の番号に○印をつけてください。	① 他保険へ加入したため（再就職等による） <u>※取得された資格確認書のコピー、</u> <u>または資格情報のお知らせのコピーのどちらかを必ず添付してください。</u>	
	② 任意継続被保険者でなくなることを希望するため （国民健康保険に加入する、健康保険の被扶養者となる等） ※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 （投函日ではなく、当健保に到着した日の属する月の翌月1日） ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。	
	③ 被保険者が死亡したため 死亡日 令和 年 月 日 ※喪失日は死亡日の翌日となります。（喪失日 令和 年 月 日）	

【注意】※健康保険証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証をお持ちの方は必ずご返却下さい。

※万が一、保険証等をなくしてしまった或いは、破棄してしまった場合は、「健康保険 証回収不能届」を提出してください。（当健康保険組合のホームページよりダウンロードできます。）

【提出先及び問い合わせ先】 〒623-0011 京都府綾部市青野町膳所1番地 ゲンゼ健康保険組合 TEL. 0773-42-0088

常務理事	担当者

受付日付印