

常務理事	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

任意継続被保険者証の 記号・番号および 氏名	70-	(氏名)
被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所・電話番号	〒 - TEL ()	
資格喪失理由 ※どちらかに チェック☑ してください。	<input type="checkbox"/> 就職等により、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 ■取得された保険証のコピーを添付してください。 <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px 0;">新しい保険証のコピー添付位置</div> <input checked="" type="checkbox"/> 取得された保険証のコピーを添付してください。 ※当健保の保険証・高齢受給者証等を併せて送付ください。	
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;">※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)</div> <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※保険証・高齢受給者証等は資格喪失後（翌月1日以降）に返却してください。	

【注意】

任意継続被保険者の被保険者証は、自分で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。

※被扶養者分の保険証・高齢受給者証等、すべての証を返却してください。

※万が一、保険証等をなくしてしまった或いは廃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。）

受付日付印

【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
グンゼ健康保険組合
TEL. 0773-42-0088