|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | * **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。  新しい保険証のコピー添付位置  　※当健保の保険証・高齢受給者証等を併せて送付ください。 | |
| * **任意継続被保険者でなくなることを希望するため** | |
| ※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。  　※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