様 式 49

JFE健康保険組合　行

| 常務理事 | 事務長 | 室　長 | 担　　当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 任意継続保険料自動引落とし廃止申請書

| 保険証記号･番号(右詰で記入してください) | | | 氏　　名　（自　署） |
|---|---|---|---|
| | | | |

該当項目(ロ)の場合のみ、

代理人　　印

下記のとおり申請します。

また、資格喪失後６ヵ月間は郵便通常貯金口座の解約はいたしません。　　令 和　　年　　月　　日

(該当する項目に○をつけ、記入してください。)

| 該当項目 | 廃止の理由 | 廃　止　月 | 必　要　書　類 | 連　絡　事　項 |
|---|---|---|---|---|
| イ | 就職した | 年　月　日<br>（新保険証の資格取得日） | ①任継被保険者証<br>②就職先保険証の写し | 1. 保険料返金のある場合はお知らせします。<br>2. 医療機関には保険証が変わったことをお知らせください。 |
| ロ | 被保険者が死亡した | 年　月　日<br>（死亡日の翌日） | ①任継被保険者証<br>②埋葬料請求書 | 1. 保険料返金のある場合はお知らせします。<br>2. 埋葬料額をお知らせします。<br>3. 資格喪失証明書をお送りします。 |
| ハ | 保険料は納付しません | 年　月から | なし | 1. 廃止月の前月末までにご提出ください。<br>（保険料引落しを止めるため）<br>2. 資格喪失日は原則として廃止月の１１日で、資格喪失証明書の郵送は概ね廃止月の２０日頃となります。<br>また、喪失理由は「**保険料未納**」となります。 |

| 健保受付印 | |
|---|---|