

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	記号 9 9 0 1	番号 000000
----------	------------	-----------

(該当番号に○印をつけて下さい)

資格喪失の事由	資格喪失日	令和 年 月 日
	1. 他の健康保険に加入（就職等）したため ※新しく加入されました健康保険の被保険者証の写しを添付してください。	
	勤務先の健康保険の加入状況	
	被保険者証の 記号－番号	記号 番号
	適用事業所の名称 および所在地	名称 所在地
	保険者の番号 および名称	番号 名称
	2. 申し出により資格を喪失したため ※当月末までに必着した場合に翌月 1 日付けでの喪失となります。 被保険者証は喪失日以降に郵送返却してください。	
3. 死亡・その他 ※具体的な理由を記載してください。		

被保険者証の返却状況	別添同封 ・ 後日送付 (10 月 5 日送付予定)
------------	-----------------------------

既に保険料を前納納付しており、資格喪失により保険料の還付を受ける方は次にご記入ください。

(ゆうちょ銀行の場合、通帳の見開きページに印字されている数字三ケタの支店コードを記入ください)

	振 込 先	支 店 名	口 座 番 号
保険料 還付先	・ 銀行 (三菱UFJ) ・ 信金 () ・ その他 ()	大阪駅前 支店	(普) 987654 (当)

上記の通りお届けします。

令和 4 年 9 月 25 日

〒000-1234

届出者 住所 ○○県××市角田町 8-1
氏名 クラレ太郎

㊞

クラレ健康保険組合理事長殿

(送付先) 住所 〒530-8611 大阪市北区角田町 8-1

宛名 クラレ健康保険組合

TEL 06-7635-1071