

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号 ××	番号 ×××	被保険者名	健保 太郎
	生年月日	昭・平 令 ××年 ××月 ××日	電話番号 (日中の連絡先)	××-××××-××××	
	住所	(〒××× - ××××) ××県××市××町 1-1-1			

資格喪失の事由	資格喪失年月日	令和 ××年 ××月 ××日 ※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日			
	該当する項目に / 印をご記入ください。				
<input checked="" type="checkbox"/> ①就職し健康保険の被保険者の資格を取得したため (資格取得日: 令和 ××年 ××月 ××日)					
<input type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため (資格取得日: 令和 年 月 日)					
<input type="checkbox"/> ③被保険者が死亡したため					
死亡日: 令和 年 月 日					
申請者: _____ 被保険者との続柄: ()					
※被保険者が亡くなられた場合は、埋葬料(費)の申請書もあわせてお送りください。					
<input type="checkbox"/> ④上記以外の理由で任意継続の資格喪失を希望するため					
※申出書が健保に到着した日の翌月1日に資格喪失となります。					
原則、資格喪失の申出の取消は認められませんので、ご注意ください。					
④の事由で資格喪失を申し出る場合は、メールにて届出が可能です。以下のアドレスまで提出ください。					
Mail: kenpo-shinsei@scsk.jp					

備考欄	
-----	--

上記の事由により、任意継続被保険者の資格喪失の申出をいたします。

令和 年 月 日

■注意事項■
<ul style="list-style-type: none">● 添付書類について<ul style="list-style-type: none">・喪失事由が上記①、②の方は、新たに取得した資格情報のお知らせまたは資格確認書のコピーを添付ください。・当健保が発行しました有効期限内の紙の資格確認書(被扶養者分も含む)を持っている場合はご返却ください。但し、上記④の理由で資格喪失を希望する場合は、申出の翌月になってからご返却ください。● 保険料について<ul style="list-style-type: none">資格を喪失した月の保険料はかかりません。すでに保険料を納付している方については、後日、「還付金請求書」を送付いたしますので、返還請求をしてください。なお、同じ月に当健保の任意継続の資格を取得、喪失した場合は、その月の保険料はかかりますので、その月については還付はありません。

常務理事	事務長	担当者	担当者

受付日付印