

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

ボールペン等の消えない筆記具で太枠内に必要事項をご記入ください。

※印欄は記入しないでください。

下記【確認事項】をご熟読のうえご提出ください。

常務理事	事務長	担当者

資格喪失年月日 (健保記入欄)	※ 令和 年 月 日		
任意継続被保険者証 記号番号	1800-	被保険者氏名	
住所	〒		
生年月日	昭・平 年 月 日	電話番号	(自宅) (携帯)
喪失理由 (いずれかに○印を ご記入ください)	1. 希望喪失 (国保加入・家族の扶養に加入・海外に出国する等) ➡ 添付書類なし		
	2. 社会保険資格取得 (健康保険が適用される職場に就職した) ➡ 添付書類あり 【確認事項】の 喪失理由が2の場合 を参照		
上記の通り任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。			
S Gホールディングスグループ健康保険組合理事長 殿			
令和 年 月 日 被保険者氏名			

【確認事項】

喪失理由が1の場合

- 資格喪失日はこの申出書が受理された日の翌月1日です。
ただし、当該月の保険料を納付期日までに納付されなかった場合は、当該月の納付期日の翌日付で資格を喪失します。(未納扱いとなり資格を喪失します。)
資格喪失日以降は任意継続被保険者証を使用しての保険診療は受けられませんので十分ご注意ください。
- 保険料は資格喪失月の前月分までを納付期限までに納めていただく必要があります。
資格喪失月の保険料は納付しないでください。自動引落の方は、引落がかからないようにゆうちょ銀行でお手続きをお願いします。
- 資格喪失日以降に「資格喪失証明書」を交付します。
資格喪失日以前に資格喪失証明書を交付することはできません。
- 資格喪失日以降速やかに任意継続被保険者証を返却してください。
- 申出後の喪失取消はできませんのでご注意ください。

喪失理由が2の場合

- この申出書に任意継続被保険者証および新たに取得した被保険者証のコピー
(ご本人分とご家族分)を添付してください。

<提出先>

〒600-8411
京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 637 第五長谷ビル 9 階
S Gホールディングスグループ健康保険組合 TEL075-343-6570

受付日付印

R4.10月改訂