

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係

被保険者情報	被保険者等	記号 9999	番号	生年月日 昭和 平成 年 月 日	氏名 (フリガナ)	印
	住所 電話番号	〒 - 電話 ()				

下記の事由に該当する為、次のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

資格喪失事由（該当事由に つけ、ご記入ください）	<input type="checkbox"/> ① 任意継続被保険者でなくなることを希望する為					
	※ 資格喪失日はこの申出書を受理した日の翌月1日となります。 ※ 保険料は、この申出書を受理した日の属する月分までかかります。 ※ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。 ※ 申出月の末日まで資格確認書(被保険者証)を使用することができます。資格確認書(被保険者証)は申出月の翌月1日以降に 健康保険組合業務課までにご返却ください。					
	<input type="checkbox"/> ② 就職し、健康保険等の被保険者資格を取得した為（下記に再取得された情報を記入ください）					
	勤務先名称	〒 - 電話 ()				
	勤務先住所	〒 - 電話 ()				
健康保険等名称	保険者番号	□□□□□□□□				
入社年月日 (資格取得日)	令和 年 月 日	被保険者等 記号・番号・枝番	()			
添付書類	・ 新たに加入した資格確認書または資格情報のお知らせ等のコピー（加入者全員分） ・ 東京都金属プレス工業健康保険組合から交付された全ての書(証) 資格確認書(被保険者証)、高齢受給者証及び限度額適用認定証等 ※滅失された場合は各々、「滅失届」をご提出ください					
<input type="checkbox"/> ③ 被保険者が死亡した為						
死亡日	令和 年 月 日	申請者氏名			続柄	
申請者住所 電話番号	〒 - 電話 ()					
添付書類	・ 死亡日のわかる死亡診断書等のコピー ・ 亡くなった被保険者と申請者の身分関係がわかる公的書類(戸籍謄本等)のコピー ・ 東京都金属プレス工業健康保険組合から交付された全ての書(証) 資格確認書(被保険者証)、高齢受給者証及び限度額適用認定証等 ※滅失された場合は各々、「滅失届」をご提出ください					
<input type="checkbox"/> ④ その他（上記以外の資格喪失となる事由）						
※ ご記入の前に、健康保険組合業務課までご連絡をお願いいたします						

受付日付印