

常務理事	事務長	統括		担当

健康保険 任意継続被保険者資格喪失届

① 被保険者の記号及び番号	記号	288	番号	0000						
② 資格取得年月日	令和	△	年	□	月	○	日			
③ 資格喪失年月日	令和	△	年	□	月	○	日			
④ 喪失理由	<p>1. 就職 新健康保険組合名： ××××健康保険組合 新しい健保の資格取得日： 令和 ○年 ×月 △日 ※取得日確認のため新しい資格情報がわかる書類の写しを必ず添付して下さい。</p> <p>2. 死亡 令和 年 月 日 死亡（喪失日は死亡日の翌日）</p> <p>3. 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得した ※取得日確認のため新しい資格情報がわかる書類の写しを必ず添付して下さい。</p> <p>4. その他の理由（任意）で脱退する ※この届出を健保が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。</p>									
⑤ 指定口座	◆資格喪失月（資格喪失日を含む月）以降の保険料を前納されている場合は後日返金されます。									
	金融機関名	0000000		銀行	信用金庫	農協				
				信用組合	労働金庫					
	支店名	00000	本店	支店	出張所					
	口座名義人名（カタカナ）	ケンポ タロウ								
資格取得申請書の記載事項と同じ場合は省略可	預金口座	口座番号（右づめで記入ください）								
	普通	当座	1	2	3	4	5	6	7	8
	<ゆうちょ銀行>	店番		口座番号						
	店名									
上記の通り、申請します。							令和 △年 □月 ○日			
大同特殊鋼健康保険組合		理事長 殿								
住所		郵便番号		××× — ××××						
		XX 都道府県		XXXXXXXXXXXX						
日中連絡のとれる電話番号		000 — 0000 — 0000								
生年月日		昭和 平成 令和		△年 □月 ○日						
申請者の氏名		健保 太郎		印						
※確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> して下さい										
<input type="checkbox"/> 資格喪失日以降は有効期限日に関わらず、保険証及び資格確認書は使用いたしません。また、保険証及び資格確認書は資格喪失日の5日以内に健保に返納することを確認しました。										

健保記入	保険料の払戻し					
	無					
	有	年	月	～	年	月分
	返還額					円
	支払日	月	日	振込		

受付日付印