サンゲツ健康保険組合

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

提出日　令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	99 －	ﾌﾘｶﾞﾅ				
			被保険者氏名				
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	資格喪失時の満年齢	歳	性別	男 ・ 女	
	ﾌﾘｶﾞﾅ						
	住 所	〒　　－ 日中繋がる電話番号 ：（　　）　　－					
	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日					

【喪失事由】

↓該当する番号に〇をして、所定欄にご記入ください。□にはレ点を入れてください。

1.再就職により新たに健康保険に加入した

事 業 主 名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保 険 者 名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

資格取得年月日 ： 令和　　年　　月　　日

※新しい保険証に記載されている取得年月日を転記してください

2.被保険者の方が亡くなった

死亡日 ： 令和　　年　　月　　日

3.後期高齢者医療制度の被保険者となった

後期高齢者医療広域連合の名称:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿後期高齢者医療広域連合

4.任意継続被保険者より脱退の申し出

＜脱退理由＞

□ 国民健康保険に加入　　□ 家族が加入する健康保険の被扶養者認定を希望

□ その他（　　）

＜喪失証明書の発行の希望の有無＞

□ 発行を希望する　　□ 発行を希望しない

◆注意事項◆

1.記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。

2.資格喪失後に当健保組合の保険証は使用しないで、必ず返却してください。
使用した場合は、医療費を全額返還していただくことになります。

【添付書類チェック欄】

↓提出前に添付書類をご確認ください。添付したら、□にレ点を入れてください。

□	任意継続被保険者証 （発行されている場合） ※限度額適用認定証・高齢受給者証も添付してください	被保険者分　・　被扶養者分（　　）枚 ※添付できない場合は、その理由と返却予定日をご記入ください。 理由 ： 返却予定日 ： 令和　　年　　月　　日
□	新しい保険証の写し（ご家族分含む）	※A4 サイズでコピーしてください

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印