

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

理事長	常務理事	事務長		担当者

(被保険者が記入するところ)

被保険者の	記 号	1 1	番 号	
①再就職先の	健康保険資格の 取得年月日(入社日)	令和	年	月 日
	会社名称			
②加入予定の国民健康保険の管轄市町村名 (例 名古屋市国民健康保険) 【喪失日は申出受理日の翌月1日になります】	保険者名 健康保険組合 もしくは 協会けんぽ	()健康保険組合	会社所在地	
	全国健康保険協会()支部			
		() 国民健康保険		

上記のとおり申し出ます。

令和 年 月 日

申出者の住所 〒 —

氏 名 印

(自署または記名・印)

電話番号

(注意事項)

1. 上記記入欄①または②の該当する箇所を記入してください。
2. 再就職をされた方は、この申出書に
 - ・「当健保組合の資格確認書または健康保険証」と
 - ・「再就職先の資格確認書または資格情報のお知らせのコピー」を添付してください。
3. 国民健康保険に加入予定の方は、任意継続の資格喪失日後、速やかに
 - ・「当健保組合の資格確認書または健康保険証」と
 - ・「国民健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせのコピー」を当健保組合に送付してください。
4. 任意継続の資格喪失後、当健保組合の資格確認書または健康保険証は絶対に使用しないでください。

(健保記入欄)

受付年月日	入力年月日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	(備 考)
		標準報酬月額	千 円	
		保険証回収	添付・後日(令和 年 月 日) 枚	
		保険料の返還	無・有(令和 年 月分)	

オークマ健康保険組合