

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

愛知製鋼健康保険組合 御中

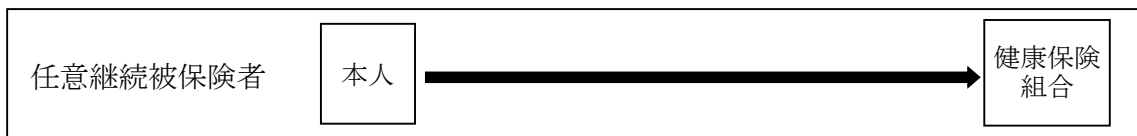
■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申し出いたします。

					提出日	年	月	日
被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	30	番号	被保険者 氏名	(印) シヤチハタ可		
	被保険者 住所 電話番号	〒 - 都道 府県			自宅TEL()	-		
					携帯TEL()	-		
	申出事項	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。						
		<input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：平成 年 月 日)						
	↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した							
	健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)				平成 年 月 日			
	事業所名(会社名)							
	健康保険組合名							

◆ 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. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。

お問い合わせ先 〒476-0003 愛知県東海市荒尾町大脇90番地
 愛知製鋼健康保険組合
 外線 052-603-9224 内線 2128

健 保 記 入 欄	決 裁	常務理事	事務長	担当	担当
	資格喪失日	平成 年 月 日			
	還付金	有・無	還付予定日	平成 年 月 日	
	還付金額		円		

健保受付印