

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

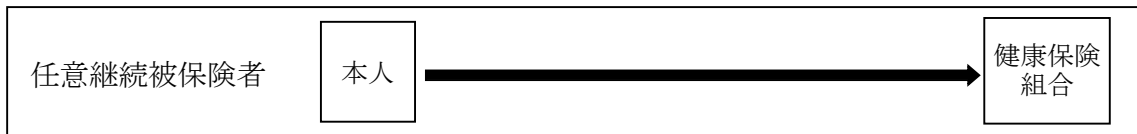
■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

					提出日	2018	年	4	月	2	日
被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	30	番号	8866	被保険者 氏名	健保 太郎				
	被保険者 住所 電話番号	〒	476	-	0003	自宅TEL(052)	603	-	1234		
						携帯TEL(090)	1234	-	5678		
		愛知	都	道	府	愛知県知多市海山町田畑10-15					
	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。										
	申出事項	<input checked="" 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 30 年 4 月 1 日									
	事業所名(会社名)	〇〇〇株式会社									
	健康保険組合名	△△△健康保険組合									

◆ 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	常務理事	事務長	担当	担当
	裁				
		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