



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 情 報	被保険者証の記号・番号	記 7	号 2	番 号				
	氏 名	(フリガナ)						
	生 年 月 日	昭和・平成		年		月		日
	住 所	(〒 -)						
	電 話	(携帯)	-	-	(固定)	-	-	

資 格 喪 失 事 由 (<u>該</u> 当の□にレを記入)	資格喪失年月日	令和 年 月 日	1を選択の場合、喪失の翌月の1日を記入ください。 (※月の途中での喪失はできません) 2を選択の場合、下記(3)の資格取得日を記入ください。				
	<input type="checkbox"/>	1. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため(資格喪失は申出の翌月1日)					
	<input type="checkbox"/>	2. 新たに健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため					
	2に□の場合記入ください	(1)再取得後の健康保険又は 船員保険の被保険者証の記号番号	-				
	(2)適用事業所又は 船舶所有者の名称 及び所在地	名 称	(フリガナ)				
		所在地	〒(-)				
	(3)資格取得年月日	令和 年 月 日					

- (注) ①翌月の口振中止のため、20日迄に本申出書必着か連絡をください。(健保組合：電話099-239-9773)
 送付先：〒892-0822 鹿児島市泉町3番3号 鹿児島銀行健康保険組合 (担当:迫田)
- ②上記2の場合、保険料還付の可能性がありますので、新しい保険証の写しもお送りください。(当健保への
 任継加入と資格喪失が同月の場合には還付はありません)
 ※保険料還付の場合、別途書類等の提出をお願いすることになりますので、予めご了承ください。
- ③当健保の保険証(家族分も含む)は、必ず資格喪失日までに返却ください。
 ※返却が遅れ、資格喪失日以降に保険証の使用があった場合、返還を求める場合があります。

— — — — — 健 保 組 合 使 用 欄 — — — — —

常 務	事 務 長	担 当

受付日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
保険料還付日	年	月	日
保険証回収	年	月	日

受 付 印