

常務理事	事務長	統括	担当

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失届

① 被保険者証の 記号及び番号	記号	288	番号						
② 資格取得年月日	令和	年	月	日					
③ 資格喪失年月日	令和	年	月	日					
④ 喪失理由	<p>1. 就職 新健康保険組合名： 新保険証の資格取得日： 令和 年 月 日 ※取得日確認のため新保険証の写しを必ず添付して下さい。</p> <p>2. 死亡 令和 年 月 日 死亡（喪失日は死亡日の翌日）</p> <p>3. 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得した ※取得日確認のため新保険証の写しを必ず添付して下さい。</p> <p>4. その他の理由（任意）で脱退する ※この届出を健保が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。</p>								
⑤ 指定口座	◆資格喪失月（資格喪失日を含む月）以降の保険料を前納されている場合は後日返金されます。								
	金融機関名			銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫					
	支店名			本店 支店 出張所			口座名義人名（カタカナ）		
	預金口座			口座番号（右づめで記入ください）					
	普通 当座								
資格取得申請書の 記載事項と同じ場合は 省略可	<ゆうちょ銀行>		店番			口座番号			
	店名								
上記の通り、申請します。				令和	年	月	日		
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿									
住所 〒									
日中連絡のとれる 電話番号				— —					
生年月日				昭和	平成	令和	年	月	日
申請者の氏名				⑩					
※確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> して下さい									
<input type="checkbox"/> 資格喪失日以降は有効期限日に関わらず、保険証は使用いたしません。 また、保険証は資格喪失日の5日以内に健保に返納することを確認しました。									

健 保 記 入	保険料の払戻し									
	無									
	有		年	月	～	年	月	分		
	返還額							円		
支払日		月	日	振込						

~~~~~  
受付日付印