

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	統括	担当

① 被保険者の 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： 新しい健保の資格取得日： 令和 年 月 日 ※取得日確認のため新しい資格情報がわかる書類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しい資格情報がわかる書類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 郵便番号 —				
都道府県				
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 (印)				
※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、資格確認書は使用いたしません。 また、資格確認書は資格喪失日の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 No.
	無
	有 年 月～ 年 月分
	返還額 円
	支払日 月 日振込


 受付日付印