

常務理事	事務長			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	0000			
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： ××××健康保険組合 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	0000000			銀行	信用金庫	農協
	支店名	00000 本店 支店 出張所			信用組合 労働金庫		
	預金口座	口座番号（右づめで記入ください）					
	普通 当座	1	2	3	4	5	6 7 8
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 〒 xxx-xxxx							
xxx 県 xxx xxx x x x x x x x x x x 号室							
日中連絡のとれる電話番号 000 — 0000 — 0000							
生年月日 昭和 平成 令和 △ 年 □ 月 ○ 日							
申請者の氏名 健保 太郎 印							
※確認のうえ☑して下さい							
☑ 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