

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	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	①. 就職 新健康保険組合名： <span style="color: red;">××××健康保険組合</span> 新保険証の資格取得日： 令和 <span style="color: red;">△</span> 年 <span style="color: red;">□</span> 月 <span style="color: red;">○</span> 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。															
	②. 死亡 令和 年 月 日 死亡（喪失日は死亡日の翌日） 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。 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。															
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			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）						ケンポ タロウ							
	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		店番		店番		店番		店番		店番						
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 〒 <span style="color: red;">xxx-xxxx</span>																
								xxx 県 xxxxxxxx		xx 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 <input checked="" type="checkbox"/> して下さい																
<input checked="" 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