

決	常務理事	事務長			担当
裁					

## 任意継続 被保険者資格喪失申出書

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく申出いたします。

提出年月日	令和	年	月	日	※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。						
被保険者証の記号・番号	記号				番号						
被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ										
	氏名										
	住所		〒					電話		( )	
	生年月日		昭和	年	月	日	( )	歳	性別	男・女	
	喪失理由		1	就職のため (令和 年 月 日付で就職) * 新しい健康保険証の写しを添付してください。(2重加入を防ぐため) * 健康保険証を滅失した時は「健康保険 被保険者証滅失・毀損申請書」を添付してください。							
			2	本人希望のため * 本人希望により資格喪失の申出を行った場合は、健保組合が受理した日の翌月1日に資格を喪失します。また、原則その申し出を取り消すことはできません。							
			3	その他 ( )							
	被保険者証		1	同封する	被保険者証 合計 _____枚						
			2	同封しない	理由 ( ) 返却予定日 ( 令和 年 月 日 )						
	資格喪失証明書の発行			1	希望する		2	希望しない			
備考欄			※必ず <input type="checkbox"/> にチェックを入れて申出して下さい。								
			<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。								

記号	90	番号	
喪失年月日	令和 年 月 日		
保険料還付額	円 (令和 年 月 ~ 令和 年 月分)		

受付印
オオゼキ健康保険組合 2022.1.1改版