

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 の記号番号	6 6 —			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住所	〒 — — — — — 電話 (— — — —)			

下記のとおり、申出します。

※申し出後の取り消しはできませんのでご注意ください。

資格喪失の事由 ※いずれかに○をつけてください。	1. 会社に就職し、健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 任意継続健康保険の脱退を希望するため (例：国民健康保険に加入する、家族の扶養申請をする) 3. その他 ()
-----------------------------	---

注 意 事 項

- ①会社に就職された場合、就職先の健康保険証のコピーを添付してください。(被保険者および被扶養者分)
- ②お手持ちのレngoー健保の保険証は、資格喪失後に必ずご返却ください。(被保険者および被扶養者分)
高齢受給者証・限度額認定証等が交付されている場合は、併せてご返却ください。
- ③保険証を紛失してしまったとき……滅失届が必要となります。用紙をお送りしますのでご連絡ください。

資格喪失日について

- ①会社に就職した場合 就職先の健康保険の資格取得日が、任意継続の資格喪失日となります。
- ②任意継続の脱退を希望する場合 本申出書が当組合へ到着した日の翌月1日が資格喪失日となります。
(例：当組合到着日…令和4年1月10日 資格喪失日…令和4年2月1日)

年 月 日 提出

