**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 | **６６** ― | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | □昭和  □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お手持ちのレンゴー健保の保険証は、**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

受

付

年

日

月

レンゴー健康保険組合