**健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者等　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。　　　　　　　　 |
| 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：家族の扶養申請をする　)3.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※申し出後の取り消しはできませんので、ご注意ください。

 注意事項

1. 会社に就職された場合、**就職先での健保の資格取得が確認できるもの**

**（資格情報のお知らせ・資格確認書等）のコピーを添付**してください。

1. レンゴー健保の保険証・資格確認書をお持ちの場合、**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。

1. 保険証・資格確認書を紛失してしまった場合、滅失届が必要となりますのでご連絡ください。

 資格喪失日

◎会社に就職した場合　　　　　　・・・　　就職先の健康保険の資格取得日

◎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

　　　　　　　　　　　　　　　（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