

常務理事	事務長	課長	係員

任意継続被保険者 資格喪失申出書

広島東友健康保険組合理事長 殿

下記、喪失理由に該当しましたので、届出致します。

		令和	年	月	日
被保険者証	記号	2000	番号		
氏名	(フリガナ)				
住所	〒				
	電話 ()				
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
喪失理由 (該当する□に✓印をしてください。)	<input type="checkbox"/> 1. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため <input checked="" type="checkbox"/> <u>この申出書を当組合で受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。</u>				
	<input type="checkbox"/> 2. 就職先で健康保険に加入したため 資格取得年月日 令和 年 月 日 勤務先名称 所在地 電話 ※ 就職先の保険証の写しを添付してください。				
	<input type="checkbox"/> 3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達前) 資格取得年月日 令和 年 月 日 ※ 後期高齢者医療の保険証の写しを添付してください。				

マイナンバー記載欄 (被保険者証の番号を記入した場合は記入不要です。)
 マイナンバーを記入した場合は、本人確認書類が必要となります。

受付日付印

※ 「1.任意継続被保険者でなくなることを希望するため」の申出の場合、任意継続被保険者の資格は、申出が受理された月の月末までとなります。資格喪失年月日はその翌月1日となります。

※ この申出書には「任意継続保険証 本人・家族」及び「高齢受給者証」「限度額認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの方はその証も添えて提出してください。ただし、「1.任意継続被保険者でなくなることを希望するため」の申出の方はこの申出書には添付せず、資格喪失日以降、速やかに返納してください。