

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

※ボールペンを使用し、丁寧な字でご記入ください。書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

					提出日	年	月	日
記号番号	記号	99	番号	被保険者氏名				
被保険者住所電話番号	〒 - 都道 府県				自宅TEL()	-		
					携帯TEL()	-		
被保険者記入欄	申出事項	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6.その他(理由)						
				}		新資格取得日: 年 月 日		
↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した								
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認)					令和	年	月	日
事業所名(会社名)								
健康保険組合名								

◆ 注意事項

- 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。
 高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。
 (健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
- 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <http://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ		
外線		0566-21-7784
内線		70-4611

健保記入欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印
						保険証等返却予定日	令和	年 月 日	
						保険料還付金	有	無	
						還付予定日	令和	年 月 日	
	資格喪失日	令和	年	月 日	還付金額		円		