

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、申出します。

記入例

		令和	4	年	1	月	1	日	提出
任意継続被保険者等 記号・番号	99 - ●●●								
住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 △□マンション505号室 電話 (03) 8765 - 4321								
フリガナ	ケンボ イチロウ								
氏 名	健保 一郎								
生年月日	昭和 平成 令和 35 年 12 月 24 日 55 歳 男・女								
喪失日	令和 4 年 1 月 1 日								
就職の状況	(令和 4 年 1 月 1 日 付で就職								
喪失日は、 就職の場合:就職日 後期高齢者制度の該当者:誕生日 希望による喪失:提出月の翌月1日 をそれぞれご記入ください									
健康保険または船員保険の情報 100 番号 : 2015) : 令和 年 月 日) 所在地 □□□株式会社) (所在地 東京都○○区□□□1-2-3 □□□ビル)									
本人希望による喪失									
どちらかに○	2	その他 () ※喪失日は申出書を受付した月の翌月1日となります。							
後期高齢者医療制度の被保険者になった場合 (後期高齢者医療広域連合) (被保険者番号 :) (資格取得日 : 令和 年 月 日)									
資格被 格証保 確・除 認書	1	同 封 す る 被 保 険 者 証 合 計 3 枚 資 格 確 認 書 合 計 枚							
2 同 封 し な り 由 () い 返 却 予 定 日 (令和 年 月 日)									
資格喪失証明書の発行 (どちらかに○)			1. 希望する			2. 希望しない			

添付書類

- ① 再就職先から発行された健康保険証または資格確認書のコピー
- ② 任意継続時の健康保険証または資格確認書（被扶養者を含むすべて）
- ③ 高齢受給者証および限度額適用認定証（該当者のみ）
- ④ 健康保険証・資格確認書滅失申請書（任意継続時の健康保険証または資格確認書を滅失し返却できない場合）

健 保 記 入 欄	喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付額	円 (年 月分 ~ 年 月分)
	備 考	

ワークスアプリケーションズグループ健康保険組合

受付日付印