

決 裁			
常務理事	事務長		扱 者

学研健康保険組合理事長 殿

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、喪失申出書を提出します。

◇任意継続被保険者情報記入欄

任意継続被保険者証の 記号・番号および氏名	記 号	番 号	氏 名	
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			

◇下記の喪失理由に○をつけてください。

喪 失 理 由	<p>1. 再就職先で新しい健康保険に加入したため</p> <p>新しい健康保険の資格取得日 令和 年 月 日</p> <p>※ この申請書に添付するもの</p> <ol style="list-style-type: none">被保険者証、高齢受給者証、限度額適用認定証、(被保険者本人分・被扶養者家族分) 特定疾病療養受療証再就職先で加入した新しい健康保険の保険証のコピー(被保険者本人分のみ)
	<p>2. 任意の脱退希望</p> <p>※ この申出書を当健保組合で受理した日の 翌月の1日が脱退日となります。 原則として、申出後の取り消しはできません。</p> <p>翌月1日に返却するもの</p> <ol style="list-style-type: none">被保険者証、高齢受給者証、限度額適用認定証、(被保険者本人分・被扶養者家族分) 特定疾病療養受療証

202201K

* 保険料の還付がある場合は、改めてご連絡いたします。

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

【提出先及び問合せ先】

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-11-8 TEL 03-6431-1039

学研健康保険組合