

常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

記 号	番 号
91	
フリガナ	
被保険者氏名	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	性 別 男 ・ 女
被保険者住所	〒
連絡先電話番号	

下記事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由 ア～ウのいずれかを「○」で 囲み、 内容を記入して 下さい。	ア、新たに、健康保険の被保険者資格を取得したため
	1) 新しく加入する医療保険(被保険者証に記載) 記号 番号 保険者番号 保険者名称
	2) 適用事業所(勤務先)の名称及び所在地 名称 所在地
	3) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	イ、後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため
	1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()
	2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合)
	3) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	ウ、国民健康保険に加入希望のため
	※健保組合へ申し出た月の翌月1日が資格喪失日となります。
保険料について	令和 年 月分 まで支払済み ※喪失月以降の納入済み保険料は還付されます。(任継取得月は除く)
資格喪失年月日	令和 年 月 日 ※健保記入欄

【資格喪失申出書と一緒に添付していただくもの】

- ・(ア)に該当の方・・・新しい資格確認書等(記号番号が分かるもの)を添付してください。
- ・当組合が発行した資格確認書等がある場合は、資格喪失申出書と一緒に返却してください。
(国保希望(ウ)の場合は、資格喪失日以降に返却してください。)

静岡鉄道健康保険組合 理事長殿

受 付 印