

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

■ 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
被保険者 記入欄	保険証の 記号番号	記号	200	番号	被保険者 氏名	(印)		
	被保険者 の住所 電話番号	〒 - 都道府県						
		自宅TEL() -			携帯TEL() -			
	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：平成 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						
	↓ 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。							
	健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)	平成 年 月 日						
	事業所名(会社名)							
	健康保険組合名							

○ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 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。

○ 留意事項

資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、保険料還付金をお送りしますので、下記銀行口座もご記入ください。

振込指定 金融機関	銀行	本店
	信用金庫	支店
	普通No. _____	口座名義 _____

○ 送付先・問合せ先

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-19-3
 五反田第一生命ビル4階
 ポーラ・オルビスグループ健康保険組合
 電話 03-3490-0845

受付日付印