

常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者等の記号および番号	702 -
被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者の氏名	
被保険者の住所	〒 TEL ()

下記の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 <small>※申出することになった事由にチェックをつけてください。</small> <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健康保険 または 船員保険の被保険者資格を取得したため (就職等)	■再取得した健康保険(または船員保険)の名称 ■適用事業所(または船舶所有者)の名称 ■資格取得年月日 令和 年 月 日	◆添付書類 【各証等の保有者の方】 ・被保険者証(本人・被扶養者分) ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書 【就職先で発行のもの】 ・「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し ※添付が困難な場合はご連絡ください。
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	■都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 ■資格取得年月日 令和 年 月 日	◆添付書類 同上
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため	■死亡した日 令和 年 月 日 ■届出人(法定相続人) 〒 - 住所 氏名 続柄 TEL	◆添付書類 ・死亡診断書等死亡年月日が記載された書類の写し 【各証等の保有者の方】 ・被保険者証(本人・被扶養者分) ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> ※申出書を受理した月の翌1日が資格喪失日となります。(申出書の投函日ではなく、当組合に到着した日の属) </div> <small>※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※保険証等は、この申出書に添付しないでください。(資格喪失日以降にご返納ください)</small>	◆添付書類 申出時には添付書類は不要です。 <small>※保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証、資格確認書は資格喪失後(翌月1日以降)にご返納ください。</small>
備考			

社会保険労務士記載欄
氏名等

【送付先および問い合わせ先】
 〒601-8585
 京都市南区東九条西山王町1番地 JAビル3階
 京都府農協健康保険組合
 TEL. 075-661-1428

..... 受付日付印