

記入見本

任意継続保険期間満了（2年経過）の場合は提出する必要はありません。

資生堂健康保険組合理事長 殿

任意継続被保険者制度資格喪失申出書

申請日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

記号	番号(5桁)	被保険者氏名						
99	○ ○ ○ ○ ○	花椿 太郎						
生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	○	年	○	月	○	日	
資格喪失事由 該当番号を●で選択してください	○1. 本人希望 申出書が健康保険組合に到着した日の翌月1日が喪失日となります 喪失日後、資格喪失証明書、返信用封筒を送付します 返信用封筒にて「保険証（ご家族分も）の本証」又は「資格確認書」を必ず返却してください							
	●2. 再就職し他保険の被保険者資格を取得 新しく加入された「資格情報のお知らせのコピー」と 資生堂健康保険組合の「保険証（ご家族分も）の本証」又は「資格確認書」を必ず添付し 新しい被保険者等の資格取得日を記入							
	他保険に加入された日	令和	○	年	○	月	○	日
	○3. 被保険者の死亡 「死亡診断書のコピー」と 資生堂健康保険組合の「保険証（ご家族分も）の本証」又は「資格確認書」を必ず添付してください 埋葬料が支給されますので健保へご連絡ください（申請用紙を送付します）							
	死亡日	令和		年		月		日
申出者氏名	花椿 太郎				被保険者との続柄	本人		
住所電話番号	〒							

【留意事項】 喪失月以降の保険料は還付いたします。

ただし、喪失日と取得月が同月の場合は、保険料の還付はありません。

該当する方には、この申出書を受領後に、「還付請求書」を別途送付いたします。

【送付先】 〒105-8310 東京都港区東新橋 1-6-2 資生堂健康保険組合 任意継続担当宛

TEL 03-6218-5375