

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|--------|-----------|--|----|------|------|--------------|--|---|--|---|--|---|----|--|
| 提出日 | 年 月 日 | | 大真空健康保険組合 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 | 9001 | 被保険者証の番号 | | | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 備考 | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | 住所 | 〒 ー | | | | | | | | | | |
| | | (氏) | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------|--------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 資格喪失の事由 | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 該当理由に✓してください | <input type="checkbox"/> | 保険料が納付日までに納付されなかったため | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 就職したため(新しい保険証のコピーを添付) | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 法定期間が満了したため | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 被保険者が死亡したため(死亡診断書等のコピーを添付) | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 脱退を希望するため(申請書提出月の翌月1日) | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-------|--|--|--|-----|--|--|---|------|---|---|---|---|
| 保険料の還付がある場合 | 振込先 | 金融機関名 | | | | 支店名 | | | | 口座番号 | | | | |
| | | 名義人 | | | | | | | . | . | . | . | . | . |

* 名義人は被保険者でお願いします

※被保険者証(被保険者分・被扶養者分)もこの申請書と同時にご返却ください

「 受付年月日 」

*** 健保記入欄 ***

保険証返却 : 返却日 . . .

保険料還付 : あり(還付日 . . .) なし

| | |
|------|----|
| 常務理事 | 係員 |
| | |