

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

この申出書は、本人の希望により脱退するとき、また、就職等により新たに健康保険の被保険者となったときや後期高齢者医療制度の被保険者になったときなどにご提出いただく書類です。以下の太枠内をまれなくご記入いただき、必要書類と現在交付されている被保険者証(被扶養者を含む)を添付の上、当健康保険組合へご提出ください。また、限度額適用認定証や高齢受給者証等の交付を受けている場合は、併せてご返却ください。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	摘要欄
	2000		
フリガナ			生年月日
被保険者氏名 (本人署名)			年 月 日
住所・電話番号	〒 ー TEL () ー		

提出年月日	年 月 日	※この書類を提出する日をご記入ください
資格喪失の理由 ※いずれかに✓ を入れてください	<input type="checkbox"/> ①自己都合(本人希望)による脱退 (※申出書受理後は取り消しできません)	
	<input type="checkbox"/> ②健康保険(又は船員保険)の被保険者となったため	
	<input type="checkbox"/> ③後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
資格喪失年月日	【上記②③の場合のみ記入】 年 月 日	※新たに取得した被保険者証の 資格取得年月日をご記入ください
【上記②③の場合のみ貼付】 ※ <u>新たに取得した被保険者証のコピー</u> を貼付してください。 (のりづけ)		

上記のとおり申出します。

お問い合わせ(申出書送付先)

ユニグループ健康保険組合 任意継続担当
〒492-8680 愛知県稲沢市天池五反田町1番地
TEL 0587-24-8271

受付印