

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者 資格喪失申出書

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

被保険者の記号・番号	記号 50	番号 — 00																			
氏名	フリガナ																				
住所	〒 電話 ()																				
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	性別 男・女																			
喪失理由	1. 就職のため (令和 年 月 日付で就職)																				
	2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため																				
	3. その他 ()																				
被保険者証(保険証) 資格確認書 限度額適用認定証 その他証	喪失理由が「2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。																				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. 同封する</td> <td style="width: 30%;">保険証</td> <td style="width: 10%;">合計</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">_____</td> <td style="width: 10%;">枚</td> </tr> <tr> <td></td> <td>資格確認書</td> <td>合計</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td>枚</td> </tr> <tr> <td></td> <td>限度額適用認定証</td> <td>合計</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td>枚</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他証()</td> <td>合計</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td>枚</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>※保険証を持っている方は保険証を返却ください</p> <p>※保険証がなく「資格確認書」の方は資格確認書を返却ください</p> <p>※「資格情報のお知らせ」は返却不要です</p> </div>		1. 同封する	保険証	合計	_____	枚		資格確認書	合計	_____	枚		限度額適用認定証	合計	_____	枚		その他証()	合計	_____
1. 同封する	保険証	合計	_____	枚																	
	資格確認書	合計	_____	枚																	
	限度額適用認定証	合計	_____	枚																	
	その他証()	合計	_____	枚																	
	理由 () 2. 同封しない 返却予定日 (令和 年 月 日)																				

令和 年 月 日提出

※「1. 就職のため」の場合は、新たに加入した健保組合の「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」の写しを **家族全員分** 添付してください。

※「2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。

例: 喪失申出書を1月31日に投函し、2月2日に健保組合に到着した場合⇒3月1日喪失

※保険証や資格確認書を滅失したときは、「滅失届」を添付してください。
(健保組合ホームページよりダウンロードしてください)

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金	あり ・ なし 令和 年 月～令和 年 月分
	備考	

受付日付印