

任意継続資格喪失申出書

黒崎播磨健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失申出書を提出致します。

提出日 年 月 日

被保険者等の記号・番号	記号(2桁)		番号(5桁)	
住所	〒			
電話番号				
氏名				
生年月日	年 月 日			

下記該当に☑して下さい

喪失理由	☐	就職等により新しい被保険者資格を取得したため 資格取得年月日 年 月 日	[添付書類] ・資格確認書(健康保険証) ・高齢受給者証 ※交付済の場合 ・新しい就職先等の資格 情報のお知らせまたは 資格確認書の写し
	☐	任意の資格喪失 任意の資格喪失の申出については本申出書を受理した月の 翌月1日が資格喪失日となります。 (投函日ではなく、黒崎播磨健康保険組合に到着した日の属する月の翌月1日) 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。	[添付書類] 申出書には添付書類は 不要です 資格確認書(健康保険証)・ 高齢受給者証は資格喪失 後(翌月1日以降)に返却 して下さい

黒崎播磨健康保険組合(009) 2024.12

※任意継続被保険者の資格確認書(健康保険証)、高齢受給者証、限度額適用認定証は被扶養者分も含めて
ご自身では破棄せず黒崎播磨健康保険組合へ必ず返却して下さい。

常務理事	事務長	担当者

受付印