

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 | 係員 |
| | | | | | | |

資格喪失日※ 令和 年 月 日

| 健康保険被保険者証 | | | 被保険者氏名 | | | 生年月日 | | | 年齢 | |
|---|------|---|---|--|--|---|---|---|----|---|
| 記号 | | 番号 | | | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 資格喪失事由 (該当する事由の番号に○を付し、1及び2に該当する場合は日付をご記入ください) | 喪失事由 | 1. 再就職または後期高齢者に該当し他保険の被保険者資格を取得したため | 2. 被保険者の死亡のため | | | 3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため | | | | |
| | 必要書類 | 新しく加入された「保険証のコピー」と 全国外食産業ジェフ健康保険組合の「保険証(ご家族分も)の本証」 を必ず添付してください。 | 「死亡診断書のコピー」と 全国外食産業ジェフ健康保険組合の「保険証(ご家族分も)の本証」 を必ず添付してください。 | | | 留意事項 ・資格喪失月日は、申請書を健保組合が受理した日の属する月の翌1日となります。 ・申出書を健保組合が受理した日の属する月分まで任意継続被保険者の保険料がかかります。 ・被保険者証は、この申出書に添付しないでください。(翌月1日以降に当組合までご送付ください) | | | | |
| | 日付 | 他保険に加入された日 令和 年 月 日 | 死亡日 (翌日が喪失日になります) 令和 年 月 日 | | | | | | | |

上記の通り申出します。

令和 年 月 日

〒

住所

申請者

氏名

印

全国外食産業ジェフ健康保険組合

理事長 殿

Tel ()

注意事項

- ①この資格喪失申出書は、任意継続被保険者資格を喪失する場合に提出する書類です。任意継続保険満了(2年経過)の場合は提出する必要はありません。
- ②申出後に資格喪失を取り消すことはできません。
- ③※の欄は記入しないでください。