

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

●健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

被保険者証等の 記号・番号	記号	200	番号		被保険者 氏 名	
被保険者住所	〒			-	TEL	()

●下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由 [1~4いずれかを「○」で囲み記入してください]	1 再就職し就職先の健康保険に加入したため					
	新しい被保険者資格	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 日				
	再就職先の名称					
	再就職先の所在地					
	* 「資格確認書」・「資格情報のお知らせ」どちらかのコピーを必ず添付のこと。					
	2 被保険者が死亡したため					
	死亡した年月日	年 月 日				
	届出人	住所	〒 TEL			
	(法定相続人)	氏名		印	続柄	
	3 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
	後期高齢者証	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 日				
	4 申出による資格喪失					
	* 資格喪失日は「申出書が健保組合に到着した日の翌月1日」となります。					

提出日: 年 月 日

●留意事項

1. 記入はボールペンで、訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
2. 任意継続被保険者証(家族分も含む)も一緒に添付してください。（上記事由4の場合は翌月以降返送）
3. 資格喪失後にこちらの保険を使用した場合は、医療費(健保負担分)を全額返還して頂きます。

●保険料還付について

資格喪失した月以降の保険料をすでに納付されている場合は、還付いたします。当組合より後日「還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。

受付日付印

●問い合わせ先

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合
TEL: 03-3490-0845
FAX: 03-3490-0846

