

常務理事	事務長	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失したく、申し出ます。

健康保険証の記号・番号	記号	90	番号		提出日	令和	年	月	日
-------------	----	----	----	--	-----	----	---	---	---

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
被保険者氏名						
住所	〒 -					
	電話 ( ) -		携帯 ( ) -			

資格喪失理由 <small>(A, B, C 該当する□に し点及び必要事項を記入)</small>	<input type="checkbox"/> (A)被保険者本人による申し出 ・ 国民健康保険に加入する ・ 家族が加入している健康保険等の被扶養者となる など <input type="checkbox"/> (B)就職等により他の健康保険の被保険者資格を取得したため 資格取得日: 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> (C)その他 その他の場合、事由をご記入ください ( )					
過入金分保険料還付先 <small>被保険者本人名義 (還付が無い場合もあります)</small>	銀行・農協・信用金庫・信用金庫・労働金庫	支店	普通預金口座番号			
摘要欄						

『注意事項』

- ※ 豊田合成健康保険組合から交付されているすべての健康保険被保険者証(本人分・家族分)を添付してください
- ※ 高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受給者証の交付を受けている場合は、それらも添付してください
- ※ 就職先等で新たに健康保険被保険者証を取得された場合、健康保険被保険者証等の写し(本人分・家族分)を添付してください