

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	99999	提出日	令和 4年 3月 4日
-------------	----	----	----	-------	-----	-------------

フリガナ	ケンボ タロウ		生年月日	昭和 平成 55年 5月 5日		
被保険者氏名	健保 太郎					
住所	〒 492 - 8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 電話 ( 0587 ) 23 - 6661 携帯 ( 090 ) 1111 - 1111					

資格喪失理由 <small>(A, B, C 該当する□に レ点及び必要事項を記入)</small>	<input checked="" 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 被保険者本人名義 <small>(還付が無い場合もあります)</small>	三菱UFJ		名古屋営業部		9999999	
	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	・ 令和4年4月1日から国民健康保険へ加入するため脱退					

『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