

| | | |
|------|-----|---|
| 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

| | | | |
|---------------|-------------|---------------|----------------|
| 被保険者証 記号番号 | — | 被保険者の 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 被保険者 氏 名 | | | |
| 被保険者 住 所 | 〒 — 番 () ー | | |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

| | |
|--------------------------------|--|
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 |
| 資格喪失の事由 (該当項目に☑ してください。) | <input type="checkbox"/> ①健康保険の被保険者資格を取得したため。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 記号 () 番号 () ・ 再就職先の事業所名称及び住所 名称 () 住所 () ・ 資格取得年月日 令和 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> ②任意継続被保険者でなくなることを希望するため <small>※申出書を健保組合が受理した月の翌月1日が喪失日となります</small> <small>※申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません</small> <small>※保険証・高齢受給者証・健康保険限度額適用認定証等は資格喪失後(翌月1日以降)に返却してください</small> |
| | <input type="checkbox"/> ③後期高齢者医療制度の被保険者となったため。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者の被保険者証の番号 () ・ 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合) ・ 資格取得年月日 令和 年 月 日 |

岐阜県プラスチック事業健康保険組合

| |
|---|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) |
|---|

(①と③の添付書類) ※②については上記枠内のとおりです

1. 任意継続被保険者証
2. 高齢受給者証、健康保険限度額適用認定証の交付を受けている場合はその保険証
3. 再就職等で新たに取得した被保険者証等の写し (資格喪失日を確認するため、必ず添付してください。)

(留意事項)

資格喪失した月 (新たな就職先で健康保険の資格を取得した月) の任意継続保険料は必要ありません。すでに納付していただいている場合は、後日、当組合から「還付請求書」をお送りいたしますので、ご記入のうえ返送していただき、還付金の請求をしてください。