

健 保 組 合 使 用 欄			
常務理事	事務長		

任意継続被保険者資格喪失申請書

健康保険証の記号及び番号 もしくはマイナンバー		3	0	0	1	-					
※マイナンバーを記入する場合は、番号・本人確認書類の提出が必要です。											
被保険者の氏名						生年月日	年	月	日		
資格喪失理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 再就職	再就職した日		年		月	日				
		加入した保険者名称		協会けんぽ（		健康保険組合		）支部			
		事業所名称									
	<input type="checkbox"/> 任意脱退 (脱退を希望)	申請書の提出日		年		月	日				
		※申請書を健保組合で受付した日の翌月1日(※)が資格喪失日となります。 <u>(※投函日でなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1日)</u> ※申請書提出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※ <u>保険証等の返却書類は、この申請書に添付しないでください。</u> 必ず、翌月1日以降に送付してください。									
<input type="checkbox"/> 死亡	死亡した日の翌日		年		月	日					
この申請書に添付した返却書類(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 新たに取得した保険証のコピー(再就職の場合のみ) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証(該当者のみ) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(該当者のみ)											

上記のとおり申請します。

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所
申請者の 氏名
電話番号
メールアドレス