

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

被保険者等記号・番号 もしくはマイナンバー ※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。		3	0	0	1	-				
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		健康保険組合 協会けんぽ ( ) 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。 (※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) ※申請書提出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※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。 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"/> (再就職の場合のみ) 新たに取得した保険証・資格確認書・資格情報のお知らせのコピー またはマイナポータル 医療保険の資格情報画面のコピー										
<input type="checkbox"/> 保険証(持っている場合) <input type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書(持っている場合)										
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(持っている場合) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(持っている場合)										

上記のとおり申請します。

年 月 日

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