

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

					提出日	令和	年	月	日	
被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	20	番号		被保険者 氏名				
	被保険者 の住所 電話番号	〒 -								
		自宅TEL ( ) - 携帯TEL ( ) -								
	申 出 理 由	該当する申出理由に○をして下さい。								
		1. 就職により他の健康保険に加入した								
		2. 被保険者の意思による任意継続被保険の資格喪失を希望								
		3. 被保険者の方が亡くなった（死亡日：令和 年 月 日）								
	↓ 申出理由 1（就職により他健康保険に加入）に該当する方は下記をご記入下さい。									
	健康保険資格取得日（保険証に記載の認定日）					令和	年	月	日	
	事業所名（会社名）									
	健康保険組合名									

## ★注意事項★

- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押して下さい。
- 任意継続被保険者証（ご家族分含む）と70歳以上の方は高齢受給者証も一緒に添付して下さい。
- 就職の方は、新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

受付日付印

送付先・問合せ先 〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町33 ウエインズビル3階

トヨタウエインズグループ健康保険組合 TEL 045-224-8855

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

## 就職・記入例

提出日 令和 4 年 3 月 2 日

保険証の 記号番号	記号	20	番号	9876	被保険者 氏名	横浜 太郎
被保険者 の住所 電話番号	〒 240 - 1234					
	横浜市保土ヶ谷区〇〇町1-2-3					
被 保 険 者 記 入 欄	自宅Tel ( 045 ) 321 - 1234 携帯Tel ( 090 ) 4567 - 8910					
	申 出 理 由	該当する申出理由に○をして下さい。				
		1. 就職により他の健康保険に加入した				
		2. 被保険者の意思による任意継続被保険の資格喪失を希望				
3. 被保険者の方が亡くなった ( 死亡日: 令和 年 月 日 )						
↓ 申出理由 1 ( 就職により他健康保険に加入 ) に該当する方は下記をご記入下さい。						
健康保険資格取得日 ( 保険証に記載の認定日 )					令和 3 年 10 月 1 日	
事業所名 ( 会社名 )					〇〇〇株式会社	
健康保険組合名					〇〇〇〇健康保険組合	

## ★注意事項★

忘れずに添付

- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押して下さい。
- 任意継続被保険者証(ご家族分含む)と70歳以上の方は高齢受給者証も一緒に添付して下さい。
- 就職の方は、新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

受付日付印

送付先・問合せ先 〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町33 ウェインズビル3階

トヨタウェインズグループ健康保険組合 Tel 045-224-8855

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

## 申出・記入例

				提出日	令和	4	年	3	月	2	日
保険証の 記号番号	記号	20	番号	9876	被保険者 氏名	横浜 太郎					
被保険者 の住所 電話番号	〒 240 - 1234										
	横浜市保土ヶ谷区〇〇町1-2-3										
被 保 険 者 記 入 欄	自宅Tel ( 045 ) 321 - 1234 携帯Tel ( 090 ) 4567 - 8910										
	申 出 理 由	該当する申出理由に○をして下さい。									
		1. 就職により他の健康保険に加入した									
2. 被保険者の意思による任意継続被保険の資格喪失を希望											
3. 被保険者の方が亡くなった ( 死亡日: 令和 年 月 日 )											
こちらは記入しないで下さい											

## ★注意事項★

忘れずに添付

- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押して下さい。
- 任意継続被保険者証(ご家族分含む)と70歳以上の方は高齢受給者証も一緒に添付して下さい。
- 就職の方は、新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

受付日付印

送付先・問合せ先 〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町33 ウエインズビル3階

トヨタウエインズグループ健康保険組合 Tel 045-224-8855

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

## 死亡・記入例

提出日 令和 4 年 3 月 2 日

保険証の 記号番号	記号	20	番号	9876	被保険者 氏名	代理 妻 横浜 太郎 横浜 華子
被保険者 の住所 電話番号	〒 240 - 1234 横浜市保土ヶ谷区〇〇町1-2-3 自宅Tel ( 045 ) 321 - 1234 携帯Tel ( ) -					
被 保 険 者 記 入 欄	申 出 理 由	該当する申出理由に○をして下さい。				
		1. 就職により他の健康保険に加入した				
		2. 被保険者の意思による任意継続被保険の資格喪失を希望				
		3. 被保険者の方が亡くなった ( 死亡日: 令和 年 月 日 )				
こちらは記入しないで下さい						

## ★注意事項★

忘れずに添付

- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押して下さい。
- 任意継続被保険者証(ご家族分含む)と70歳以上の方は高齢受給者証も一緒に添付して下さい。
- 就職の方は、新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

受付日付印

送付先・問合せ先 〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町33 ウエインズビル3階

トヨタウエインズグループ健康保険組合 Tel 045-224-8855