常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

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	被保険者の記号番号	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〇をして下さい。					
		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　資格取得年月日					令和　　年　　月　　日	
	事業所名（会社名）						
	健康保険組合名						

★注意事項★

1. 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。
2. 保険証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病受療証（ご家族分含む）を添付して下さい。
3. 就職の方は、新しい勤務先の健康保険加入年月日が分かる書類(資格確認書・資格情報のお知らせ等)のコピーを添付して下さい。
4. 資格喪失後に当健康保険資格を使用した場合、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

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

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　20　日
被保険者記入欄	保険証の記号番号	記号	20	番号	9876	被保険者氏名	横浜　太朗
	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 ）123 － 1234　携帯TEL（ 090 ）4567 － 8910					
	申出理由	該当する申出理由に〇をして下さい。					
		(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 資格取得年月日						令和　4　年　3　月　1　日
	事業所名（会社名）						〇〇〇株式会社
	健康保険組合名						〇〇〇〇〇健康保険組合

★注意事項★

忘れずに添付

1. 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。
2. 保険証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病受療証(ご家族分含む)を添付して下さい。
3. 就職の方は、新しい勤務先の健康保険加入年月日が分かる書類(資格確認書・資格情報のお知らせ等)のコピーを添付して下さい。
4. 資格喪失後に当健康保険資格を使用した場合、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

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

※本人希望による喪失は、申出書が健保で受理された日の月の翌月１日が喪失日です※

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　20　日
被保険者記入欄	保険証の記号番号	記号	20	番号	9876	被保険者氏名	横浜　太朗
	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 ） 123 － 1234　携帯TEL （ 090 ） 4567 － 8910					
	申出理由	該当する申出理由に〇をして下さい。					
		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★

希望の場合のみ、申出書を提出した翌月の１日になったら返納

1. 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。
2. 保険証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病受療証（ご家族分含む）を添付して下さい。
3. 就職の方は、新しい勤務先の健康保険加入年月日が分かる書類(資格確認書・資格情報のお知らせ等)のコピーを添付して下さい。
4. 資格喪失後に当健康保険資格を使用した場合、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

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

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　20　日
被保険者記入欄	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　太朗　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 ）123 － 1234　携帯TEL（　　）　－					
	申出理由	該当する申出理由に〇をして下さい。					
		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　4　年　3　月　9　日）					

こちらは記入しないで下さい

★注意事項★

忘れずに添付

1. 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。
2. 保険証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病受療証(ご家族分含む)を添付して下さい。
3. 就職の方は、新しい勤務先の健康保険加入年月日が分かる書類(資格確認書・資格情報のお知らせ等)のコピーを添付して下さい。
4. 資格喪失後に当健康保険資格を使用した場合、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