

起案	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務局長		処理者

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

R7.1

(太枠の中を記入・押印して下さい)

健康保険被保険者の記号・番号		記号	9999	番号			
申請者	住所	〒					
	TEL	()	FAX	()			
氏名	フリガナ	男・女	昭和	年	月	日生	
			平成				

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	令和	年	月	日	
資格喪失の事由	次の該当するものに○印を付け、新しい保険証(資格確認書)の写しを添えてご提出ください。 1. 就職(健康保険または船員保険の被保険者資格を取得)したため 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 3. 死亡(死亡診断書の写しを添付)したため 4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため				
上記のとおり申請します。 全日本理美容健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日					

○ お問い合わせ先 03-6661-6106 まで

全日本理美容健康保険組合

受付日付印

注意: ・任意継続被保険者の保険証(資格確認書)を添付の上、ご申請ください。(4.の喪失事由は除く)

・次の健康保険の資格取得日によっては、既に納付済の保険料をお返しする場合があります。

※次の保険証(資格確認書)の写し、または資格情報のお知らせの写しを添付ください。

・4.の場合の資格喪失年月日は、申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。

翌月1日以降に健保組合に健康保険証をご送付ください。

※健保組合使用欄

資格喪失年月日	令和	年	月	日	
保険証回収日 (資格確認書)	令和	年	月	日	
喪失証明書送付日	令和	年	月	日	
還付	有 無	請求書 発送日	年	月	日