

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

【提出先】 ロートグループ健康保険組合 〒544-8666 大阪市生野区巽西1-8-1

		提出日		年	月	日	
被保険者等 記号番号	記号		被保険者 (申請者)				被扶養者
	番号		氏名				(有 ・ 無)
			生年月日	(昭 ・ 平)	年	月	日
被保険者 住 所	〒 - TEL :						
該 当 の 数 字 に ○ を つ け て く だ さ い	1 . 就職して健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため 資格取得年月日 (令和 年 月 日) [当組合の資格喪失日 : 上記資格取得年月日]						
	★添付書類 ・ 雇用契約書・採用通知書・労働条件通知書・資格情報のお知らせ等、 雇用開始日がわかる書類の写し ・ 被保険者証または資格確認書						
	2 . 脱退を希望するため [当組合の資格喪失日 : 申請を申し出た月の翌月1日]						
	★添付書類 ・ 被保険者証または資格確認書 ※事前に申請の上、翌月1日に返却(送付)ください。						
	3 . 75歳となり高齢者医療制度に加入するため [当組合の資格喪失日 : 75歳の誕生日]						
	★添付書類 ・ 被保険者証(高齢受給者証)または資格確認書						
	※被保険者証(高齢受給者証)または資格確認書を返納できない場合はTEL : 06-6758-6921までご連絡ください。						

◆ 資格喪失証明が必要な場合は下欄の「要」に○印を付けて提出してください。
資格喪失日以降になりますが、ご自宅宛に郵送致します。

資格喪失証明書の発行について	要 ・ 不要
----------------	--------

受付印

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者

決定喪失日	
年	月 日
還付金	有 ・ 無