

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請

記入例

【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 6 年 12 月 5 日

被保険者等 記号番号	記号	000	被保険者 (申請者)	健保 太郎		被扶養者 (有 ・ 無) 人
	番号	0000	氏名 生年月日			
被保険者 住 所	〒 000 - 0000 大阪市生野区〇〇町1-1 TEL : 090-0000-0000					
該 当 の 数 字 に 〇 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 6 年 12 月 1 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