

任意継続被保険者資格喪失申出書

年 月 日

三菱製鋼健康保険組合理事長 殿

次の事由により、任意継続の資格喪失を申出します。

(該当する事由に☑をつけてください。)

☐就職先の被保険者資格を取得したため ⇒ [資格取得日： 年 月 日]

※再就職先の保険証のコピー(または資格取得証明)を添付ください。

☐任意継続被保険者の資格喪失を希望するため

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	9 9 9 —	生 年 月 日	年 月 日
任意継続被保険者の氏名	(フリガナ)		印
任意継続被保険者の住所	〒 電話 ()		

※ [保険料を前納した期間の途中で資格を喪失する場合、保険料の返金がある場合は還付請求書をご記入ください]

保険料健康保険料返還請求書

納付した保険料について返還いただきたく申請いたします。

振込口座	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合								支店 出張所
口座番号	普 通 当 座							(フリガナ) 口 座 名 義	

【提出上の注意】

- 任意継続被保険者の期間が満了する前に資格喪失を希望する場合は、必ずこの申出書を提出してください。
- 資格喪失希望による申出の場合、資格喪失日は申出書を健保が受理した日の属する月の翌月 1 日となり、申出を健保が受理した日の属する月まで保険料が発生します。
但し、申出を受理した月の 1 0 日(休日等の場合は翌営業日)時点で保険料が未納の場合は、受理した月の 1 1 日が喪失日となります。
- 就職による喪失申出の場合、資格を喪失した日の属する月の前月まで保険料が発生します。資格喪失日の確認のため、再就職先で新たに取得された健康保険証のコピーを必ず添付してください。
- 任意継続の健康保険証(被扶養者分も含む)、高齢受給者証、限度額適用認定証は、資格喪失後必ず返納してください。

受付印