

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | |
|------|-----|---|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | |
| | | | |

| 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書 | | | | |
|------------------------------|---|--|--------|---------|
| 被保険者証 | | | 被保険者氏名 | |
| 記号 | 番号 | | | |
| 被保険者の生年月日 | | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 日 |
| 資格喪失の事由 (該当の番号を○で囲んでください) | 1 | 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 (資格取得日 令和 年 月 日) ※新しく加入された健康保険証の写しを裏面に添付してください | | |
| | 2 | 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (資格取得日 令和 年 月 日) | | |
| | 3 | 任意継続被保険者が死亡したため (死亡日 令和 年 月 日) | | |
| | | 届出人 | 住所 〒 - | TEL () |
| | | 氏名 | 続柄 | |
| 4 | 任意継続被保険者の任意脱退を希望するため (申出が受理された月の翌月1日に資格喪失) | | | |

・ 資格喪失事由「1」「2」「3」に該当の方は、保険証(高齢受給者証・限度額適用認定証・特定健診受診券等が発行されている場合はそれも含む)を同時にご返納ください。
 ・ 資格喪失事由「4」に該当する方は、資格喪失日以降に保険証等をご返納ください。
 (例. 健保受理 3/15 → 資格喪失日 4/1 → 4/1以降、保険証返却)
 ・ 資格喪失証明書は手続き終了後、郵送いたします。
 ・ 保険料に還付が生じた場合は、保険料還付請求書を郵送いたします。
 ただし、同月得喪(同月に任継へ加入し脱退)した場合は保険料をお返しすることができません。
 (健康保険法第156条)

※健保記入欄

| | | | | |
|---------|----|---|---|---|
| 資格喪失年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|---------|----|---|---|---|

【 提出先及び問い合わせ先 】
 〒141-8634東京都品川区大崎1-2-2
 電話:03-3493-0181
 トピー健康保険組合

受付日付印

新たに取得した保険証のコピー貼付位置