

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

受付日付印

この申出書は、東京都報道事業健康保険組合に加入している任意継続被保険者が下記の①・②のいずれかの事由により、任意継続被保険者の資格の喪失を申し出るときに使用するものです。

①・②以外の理由では、この申出書を提出することはできません。

被保険者情報			
被保険者等 記号・番号	100 -	(フリガナ) 氏 名	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所 連 絡 先	〒 - 都・道 府・県		電話番号 ()

資格喪失事由	▽ 該当する喪失事由①・②のいずれかに✓を付け、該当項目をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 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			
再取得後の健康保険の 被保険者等記号・番号			
適用事業所の名称			
資格取得年月日	令和 年 月 日		
添付書類	■ 新たに取得した資格確認書または資格情報のお知らせのコピー(被扶養者分含む) ■ 当組合発行の資格確認書または健康保険証(被扶養者分含む) ※高齢受給者や限度額認定証などの交付を受けている場合は併せてご返納ください。		
留意事項	■ 資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者資格の取得年月日となります。 ■ 保険料は、資格喪失日の属する月の前月分までとなります。		

<input type="checkbox"/> ②任意継続被保険者でなくなることを希望するため			
留意事項	■ 資格喪失年月日は、この申出書を報道健保が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ■ 保険料は、この申出書を報道健保が受理した日の属する月分までかかります。 ■ 資格確認書または健康保険証等は、申出月の月末まで使用することができます。喪失日である申出月の翌月1日以降にご返却ください。		

報道健保 記入欄	令和 年 月 日 喪失
-------------	-------------