

常務理事	事務長		担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者等 記号・番号	—	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 —			自宅電話	—	—	—	—
					携帯電話	—	—	—	—

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

資格喪失事由(該当項目に ✓をしてください。)	<input type="checkbox"/> 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			
	新しく取得した被保険者等記号番号			
	適用事業所(船舶所有者)の	名称		
		所在地		
	資格取得年月日(就職日)	令和	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため			
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)				
新しく取得した被保険者等記号番号				
後期高齢者医療広域連合の名称		() 後期高齢者医療広域連合		
資格取得年月日	令和	年	月 日	

被保険者証等 について	1. 同封	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(枚)	資格喪失 証明書 について	1. 発行を希望する
	2. 後日返却	理由: 返却予定日: 令和 年 月 日		2. 発行を希望しない

※資格喪失月以降の保険料を前納している方のみ、保険料を還付する口座をご記入ください。

金融機関名	銀行	口座番号	普通
本・支店名	支店	名義人名カナ	

上記のとおり申し出します。

令和 年 月 日提出

- ※ パーソルキャリア健康保険組合が発行した「保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等」をご返却ください。
- ※ 就職による喪失の方は、喪失日確認のため、新しく加入した健康保険の資格がわかる書類のコピーを添付してください。
- ※ 資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返します。

パーソルキャリア健康保険組合