

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

受付印

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			
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証の記号番号	
適用事業所の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日
添付書類	■ 任意継続被保険者の被保険者証(被扶養者分も含む) ※ 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提出ください。 ■ 新たに取得した被保険者証のコピー(被扶養者分も含む)
注意事項	■ 資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者証の資格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	
添付書類	■ 任意継続被保険者の被保険者証(被扶養者分も含む) ※ 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提出ください。 注：被保険者証等は、申出月の月末までは使用することができます。申出月の月末までお持ちいただき、喪失日である申出月の翌月1日以降にご返却いただくことも可能です。
注意事項	■ 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。 (例：4月15日受理→5月1日資格喪失) ■ 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。

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