

任意継続被保険者資格喪失申出書

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| | | | |

記入日 年 月 日

| | | | | |
|---|----------------|------------|----|------------------------|
| 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報 | 被保険者 | 記号 98- | 番号 | 生年月日 昭和 平成 令和 |
| | 氏名・印 | フリガナ _____ | | ① 自署の場合は押印を省略できます |
| | 住所 | 〒 _____ | | |
| | 電話番号 日中の連絡先 | TEL () | | |

下記理由により、任意継続被保険者を資格喪失(脱退)を届け出いたします。

| 該 当 の 番 号 に ○ 印 を つ け て く だ さ い | 資格喪失理由 | 必要書類 | | |
|--|-------------------|-----------------------|------------------|--|
| | 1 就職して他健保に加入したため | ヤマハ健保の保険証 (家族含め全て) | 新しい保険証の写し(本人分のみ) | |
| | 2 船員保険の被保険者となったため | | | |
| 3 65～74歳で一定の障害状態にあることで 広域連合の認定を受けたため | 後期高齢医療被保険者証の写し | | | |

●新しい保険証のコピーを添付してください。

新しい保険証の表面コピーを貼付してください
(本人分のみ)

この枠に収まらない場合には、添付でも可

※ 限度額適用認定証や特定疾病療養受領証の交付を受けている方は、この証も返却ください。

※ 保険料還付の有無につきましては、本届出提出後に当組合からご連絡します。還付金の振込先は、加入の際に登録した「ゆうちょ銀行」の口座になります。

| 【健保記入欄】 | | | | | |
|---------|---|------|-------|------|---------|
| 資格喪失日 | | | 還付年月日 | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 月 日 |
| 返納保険証 | | | 標準報酬 | 納付方法 | |
| 被保険者 | 枚 | 被扶養者 | 枚 | 千円 | 月納 ・ 前納 |
| 証返納日 | | | 還付金額 | | 受付 |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 処理日 | | | | | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | <備考> | |