

健 保 組 合 使 用 欄			
常務理事	事務長		

任意継続被保険者資格喪失申請書

被保険者等記号・番号 もしくはマイナンバー ※マイナンバーを記入する場合は、 番号・本人確認書類の提出が必要です。		3	0	0	1	—				
被保険者の氏名						生年月日	年 月 日			
資格喪失理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックして ください。	<input type="checkbox"/> 再就職	再就職した日		年 月 日						
		加入した保険者名称		健康保険組合 協会けんぽ（ ）支部						
		事業所名称								
	<input type="checkbox"/> 任意脱退 (脱退を希望)	申請書の提出日		年 月 日						
		※申請書を健保組合で受付した日の翌月 1 日 (※) が資格喪失日と なります。(※投函日でなく、当組合に到着した日の属する月の翌月 1 日) ※申請書提出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※返却書類は、この申請書に添付しないでください。 必ず、翌月 1 日以降に送付してください。								
<input type="checkbox"/> 死亡	死亡した日の翌日		年 月 日							
この申請書に添付した返却書類（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。）  <input type="checkbox"/> （再就職の場合のみ）新たに取得した資格確認書・資格情報のお知らせのコピー またはマイナポータル 医療保険の資格情報画面のコピー <input type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書（持っている場合） <input type="checkbox"/> 高齢受給者証（持っている場合） <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証（持っている場合）										

上記のとおり申請します。

年 月 日

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所  
申請者の 氏名  
電話番号  
メールアドレス