

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

■被保険者情報記入欄

記入日	令和 年 月 日		
被保険者等 記号番号	記号	番号	生年月日
	20		昭和・平成 年 月 日
氏名			
住所	〒		
電話番号			

■資格喪失事由記入欄（該当事由に✓印をご記入ください。）

喪失事由	<input type="checkbox"/>	就職先にて健康保険の被保険者資格を取得したため ※新たに取得した健康保険の資格取得年月日確認のため、 「 <u>資格情報のお知らせ</u> 」（資格取得年月日の記載がある箇所）、または「 <u>資格確認書</u> 」のコピーを添付願います。
	<input type="checkbox"/>	任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※資格喪失日は、この申出書が当組合にて受理された日の 属する月の翌月1日です。
	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度の被保険者となったため

※就職先が、九州電力健康保険組合に加入している事業所の場合は、新しい被保険者等記号・番号等をご記入いただくことにより、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーの貼付は不要とします。

【新被保険者等記号・番号】 記号： _____ 番号： _____

資格取得年月日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※保険料払込方法が郵便局口座振替で毎月払いの方は、振込停止作業のため、事前に当組合へご連絡をお願いします。（TEL：092-726-1605 任継担当）