

常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者

健康保険 任意継続被保険者 任意脱退 申出書

健康保険の 記号番号	800 —		
被保険者の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者の住所	〒 —		
	連絡先 ()		
下記の事項を確認し、任意脱退を申出します。		令和	年 月 日

【注 意 事 項】

●資格喪失日について

資格喪失日は、申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。

原則、申出後に取り消しはできません。

●保険料について

資格を喪失する月の保険料は必要ありません。

前納されている場合は、資格喪失後「還付請求書」を送付しますので、返還請求をしてください。

ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料が必要となります。

●当組合から交付されている保険証（高齢受給者証、限度額提供認定証）、資格確認書等は、資格喪失後に必ずご返却ください。

受付日付印