

| 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