

常務理事	担当者	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

J-オイルミルズ健康保険組合理事長 殿

次の事由により、任意継続の資格喪失を申出します。

被保険者等 記号・番号	899 - XXXX	生年月日	5.昭和 7.平成	XX	年	XX	月	XX	日
(フリガナ) 被保険者氏名	ニンケイ タロウ			任 継	太郎	※自署の場合は押印不要			
住所	〒 123 - 4567 〇〇県 〇〇市 〇〇区1-2-3								
電話番号	XXX - XXXX - XXXX								
喪失理由 どちらかに☑ してください	<input checked="" type="checkbox"/> 就職等により新たに被保険者資格を取得したため (資格取得日：令和 XX 年 XX 月 XX 日)								
	【添付書類】	・任意継続保険証または資格確認書（全員分） ・就職先の資格確認のお知らせまたは資格確認書コピー（本人分のみ） ・限度額認定証（該当の方のみ） ・高齢受給者証（該当の方のみ）							
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者資格喪失を希望するため ※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 ※受理した日の属する月まで保険料が発生します。 但し、受理した日の属する月の保険料を納付期限までに納めなかった場合は、納付期限の翌日付で資格喪失となります。 ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※保険証または資格確認書・限度額認定証・高齢受給者証は資格喪失後返却してください。								

〔保険料を前納した期間の途中で資格を喪失する場合は、還付請求書をご記入ください〕

保険料返還金請求書

任意継続保険料の還付を請求いたします。

〇〇	銀行 信用金庫 農協 信用組合	△△	支店 出張所	普通	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	ニンケイ タロウ										

受付印