

※組合 記入欄	月納 ・ 前納
------------	---------

事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

①被保険者証の記号・番号		任意喪失用		
記号 5001	番号			
②被保険者の氏名		③被保険者の生年月日		
フリガナ		昭和 平成		
		年 月 日		
④被保険者の住所				
〒				
⑤被保険者の電話番号		⑥資格喪失希望月		
()		令和 年 月 ※ 希望月の前月に当組合必着で提出してください		
⑦資格喪失の事由		※組合記入欄		
a. 国保加入 b. 家族の扶養 c. その他()		資格喪失年月日 令和 年 月 日		

受付年月日

東京都医業健康保険組合

※ 記入方法は裏面(記入例)をご確認ください。

(4.1)

【 注意事項 】

- * この申出書は任意での資格喪失をご希望の場合にご使用ください。
就職や被保険者の死亡などの事由による資格喪失は他の届出書になりますので当組合の適用課へご連絡ください。
(詳しくは当組合のホームページまたは任意継続の手引きの7ページをご確認ください。)
- * 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」となりますので必ず喪失希望月の前月に当組合へ提出してください。
「受理した日」とは当組合に到達した日(当組合の郵便受けに投函された日)になります。月の末日が土・日・祝祭日の場合は当組合の翌営業日となります。
- * 希望月の前々月以前に申出書が当組合に届いた場合は返戻させていただきますのでご注意ください。
- * 希望月以降に申出書が届いた場合は納付状況に応じて資格喪失の処理をさせていただきます。
希望月の保険料を納付をしていない方は希望月の納付期限の翌日にて資格喪失します。既に納付をしている方は申出書を受理した日の翌月1日にて資格喪失します。
- * 申出書の提出により保険料の還付が発生する場合は喪失処理後、当組合から資格喪失証明書を送付する際に還付金請求書を同封いたしますので必要事項を記載の上、当組合へご返送ください。
- * 保険証は資格を喪失するまで使用できます。資格喪失後にご返却ください。
- * 原則として、申出後の取り消しはできませんので、ご注意ください。

