京葉ガス健康保険組合理事長　殿

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

提出日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の  記号　－　番号 | | 被保険者氏名 | 被保険者の生年月日 |
| 200－ | | 印 | 年　　月　　日 |
| 被　保　険　者　住　所 | | | |
| 郵便番号　　　　　　　　　　　　　　電話番号  都 道  府 県 | | | |
| **資格喪失申出内容（該当の番号に「〇」をお付けください）** | | | |
| １ | 【就職等により他の健康保険の資格を取得した】  新たな健康保険の資格取得年月日：令和　　　年　　　　月　　　　日  ※ 上記年月日が、当健康保険組合の資格喪失日となります。お間違えのないようご記入ください。 | | |
| ２ | 【次の理由により資格喪失を申し出る】該当する□に「**レ**」  ※ 資格喪失日は、当健康保険組合がこの**申出書を受理した月の翌月1日**となります。  □ 国民健康保険に加入する  □ 健康保険等の被扶養者になる  □ その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

【お願い事項】

①当健保の被保険者証は、資格喪失日以降、速やかに返却をお願いします。

・扶養家族の分も含みます。

・その他、交付を受けている限度額適用認定証、高齢受給者証等もご返却ください。

②「１就職等により他の健康保険の資格を取得した場合」は、新たに取得した健康保険の被保険者証の写しをご提出ください。

　※資格喪失日を確認するために、ご提出いただいております。まだ発行されていない場合は、誠にお手数ですが、発行され次第、別途送付くださいますよう、お願いいたします。

確認

受付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |  |  |