

任意継続資格喪失申出書

下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	90 — 1234	電話番号	XXX-XXXX-XXXX 電話番号は日中連絡可能な連絡先
	氏名	健保 太郎		
	住所	〒〇〇〇 - △△△△ 愛知県刈谷市〇〇〇〇△△△△××××		
	申出事項	資格喪失理由		添付書類
	<input checked="" type="checkbox"/> ①就職により他の健康保険に加入した 資格取得日 令和 5年 10月 23日 事業所名(会社名) XXXXXXXX株式会社 健康保険組合名 XXXXXXXX健康保険組合	・新規に交付された保険証のコピー ・トヨタ車体健保 健康保険証 (家族分も含め返却)		
	<input type="checkbox"/> ②高齢者医療制度(長寿医療制度) に加入した 資格取得日 令和 年 月 日	・後期高齢者医療被保険者証コピー ・トヨタ車体健保 健康保険証 (家族分も含め返却)		
	<input type="checkbox"/> ③申出により他健保への加入を希望 (国民健康保険、家族の被扶養者など) 申出日の翌月1日が脱退日となります。	・添付書類なし トヨタ車体健康保険組合の資格喪失後 に加入する健康保険の手続きを行ってください		

健 保 記 入 欄	資格取得日	年 月 日	返 金 の 内 訳	一般保険料	円
	資格喪失日	年 月 日		調整保険料	円
	標準報酬月額	千円		介護保険料	円
				合計	円
	還付対象期間	年 月 ~ 年 月 の 月			
返金予定日	年 月 日				