

北陸電力健康保険組合

常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
受付日		令和 年 月 日	

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者等	記号		番号	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	氏名				
	住所	〒 -			
	電話番号 (日中の連絡先)	() -			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和 年 月 日

資 格 喪 失 事 由	資格喪失年月日	令和 年 月 日 ※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日
	<p>該当する項目に✓をご記入ください。 ↓交付日ではありません。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.就職し、健康保険の資格を取得したため (資格取得日：令和 年 月 日) * 資格取得日の確認のため、再就職先の健康保険の資格が確認できる書類を添付してください。 (例：資格確認書、資格情報のお知らせ等の写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.後期高齢者医療制度の被保険者となったため (資格取得日：令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.上記以外の理由で任意継続の資格喪失を希望するため * 申出書が健康保険組合に到着した日の翌月1日付で、資格喪失となります。 * 原則として、資格喪失の申出は取消できませんので、ご注意ください。 * すでに発行されている「資格確認書」は、資格喪失後に破棄してください。</p>	

■ 保険料の取扱いについて

・資格喪失月の保険料は徴収いたしません。

・すでに保険料をご納付いただいている場合は、後日、当健康保険組合より「還付請求書」をお送りいたします。

【注意事項】

・資格取得月と資格喪失日が同一月内にある場合は、1か月分の保険料が発生するため、還付はございません。