

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者証等の 記号番号	9000	—	〇〇〇	氏名	(カナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ご住所はマンション名、部屋番号までご記入ください。 自宅電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
被保険者のマイナンバー記載欄					※被保険者証等の記号番号がご不明の場合にご記入ください。 記入した場合はマイナンバーカードまたは個人番号通知書(通知カード)の写しの添付が必要となります。			

資格喪失事由 (該当項目に ✓をしてください。)	☒ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため	
	資格取得年月日 (就職日)	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ※ 資格情報のお知らせ、または資格確認書の写しを添付してください
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (65歳以上75歳未満の方に限る)	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
	☐ 自己都合による脱退を希望するため	
資格喪失日 (健保記入欄)	令和 年 月 日	※ 健保到着日の翌月1日が資格喪失日となります

被保険者証等 について	☒ 1. 同封	被保険者	資格喪失 証明書に ついて	☒ 1. 発行を希望する
	☐ 2. 未返却	被扶養者 (2 枚) 理由 : 返却予定日 令和 年 月 日		☐ 2. 発行を希望しない

上記のとおり申し出します。

〇〇 年 〇月 〇日提出

※ パルグループ健康保険組合が発行した被保険者証等、高齢受給者証、限度額適用認定証等をご返却ください。 受付年月日

※ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した場合は、資格情報のお知らせ、
または資格確認書の写しをご提出ください。

※ 資格喪失月 (取得と同じ月に喪失した月は除く) 以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。