

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		—		氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 — — — — — — — — — — 自宅電話番号 — — — — — 携帯 // — — — — —									
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 年 月 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 被扶養者 (枚)	資格喪失 証明書に ついて	1. 発行を希望する 2. 発行を希望しない
	2. 未返却	理由： 返却予定日 令和 年 月 日		

上記のとおり申し出します。 年 月 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。