

| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

健康保険
任意継続被保険者脱退届

令和 5 年 7 月 15 日提出

受付印

| | | |
|--------|------------|---|
| 被保険者情報 | 住所 電話番号 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ■■県■■市■■区■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678 |
| | 記号番号 | ●● - ●●●●● |
| | 氏名 | 栗本 空 |

被保険者証に記載している
記号番号を記入してください

| | | |
|------|---|-------------------------|
| 申出内容 | 脱退事由 | 事由発生(予定)日 |
| | <input type="checkbox"/> 再就職により新たな保険者の被保険者となる | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入する | 脱退事由としてあてはまる ものにチェック |
| | <input type="checkbox"/> 家族の被扶養者になる | 令和 5 年 8 月 1 日 |
| | <input type="checkbox"/> 保険料未納による | |
| | <input type="checkbox"/> その他(死亡等) | |

| ※健保記入欄 | |
|-------------|----------|
| 資格喪失 年月日 | 令和 年 月 日 |

※資格喪失日を確認後、被保険者証(ご家族分も合わせて)を必ずご返却ください。

※再就職にて新たな保険者の被保険者となられた場合、再就職先で加入された健康保険被保険者証の写しを添付してください。

※脱退理由が「国民健康保険に加入する」または「家族の被扶養者になる」の場合、資格喪失日は「任意継続被保険者脱退届」を当組合が受理した日の属する月の翌月1日になります。

| | |
|--|----------------------|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要) | <input type="text"/> |
| <p>確認の上 チェック!</p> <p>被保険者確認欄</p> <p>この届出について、以下の要件を満たしたものである</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している</p> | |

記入見本