

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書 (施行規則第43条)

被 保 険 者 ・ 届 出 者	記号	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和	年	月	日	
	992					平成				
	番号	被保険者 住所								
		電話番号	携帯	-	-	自宅	-	-		

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、下記の事項に該当するため、

新規取得の保険証のコピー ( 枚)

HOYA健保の保険証 ( 枚)

HOYA健保の高齢受給者証 ( 枚)

HOYA健保の限度額認定証 ( 枚)

HOYA健保の特定疾病受給者証 ( 枚)

を添付の上、次の通り申出をいたします。

私は、自署により申請をいたしました。  
上記に  がある場合は、被保険者本人の押印  
を省略することができます。

資 格 喪 失 事 由	資格喪失日	令和	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ため												
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号												
	保険者名称												
	記号					番号							
	(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地												
	名称												
	所在地												
(3) 資格取得年月日										令和	年	月	日

保険料の還付を請求いたします。

保険料還付期間						振込先口座 <被保険者口座>							
令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	銀行	支店			
普通						口座名義 (カタカナ)							

-- 健康保険組合使用欄 --

常務理事	事務長	係員	適用担当者	取得				喪失						
				令和	年	月	日	令和	年	月	日			
被保険者証回収				被扶養者証回収				保険料還付日 (振込)						
添付	令和	年	月	日	添付	枚	令和	年	月	日	令和	年	月	日
返不能					返不能	枚					金額			
減失					減失	枚								

健保受付印
-------

