

(提出ルート)

被保険者(本人) → イオン健康保険組合

〒261-8515 千葉市美浜区中瀬1-5-1

(☎ 043-212-6048)

イオン健康保険組合理事長 殿

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

※この申請書を提出する際は、必ず任意継続の保険証を添付してください。

<被保険者記入欄> 令和 年 月 日 下記のとおり申請します。

記号	① 番号	② 被保険者氏名・印 <small>(フリガナ)</small> イオン カスコ		③ 生年月日
90	111111	伊音 和子 伊印		昭平・令 40年 7月 30日
④ 郵便番号		⑤ 住所		
261-0x0x		フリガナ (チバケン チバシミハマクナカセ1-0-1) 千葉 都道府県 千葉市美浜区中瀬1-0-1		
⑥ 電話番号				
自宅: 043 (212) 6048		携帯: 090 (1234) 1204		
⑦ 資格喪失日		令和 1年 5月 21日		注) 資格喪失日は、喪失理由が1.2.5.は取得日、3.は死亡日の翌日、6.は未納月の11日となります。
◎ 資格喪失の理由(該当するものの番号を○で囲み、必要事項を記入してください。)				
1. 健康保険の被保険者資格を取得したため(就職先にて健康保険に加入した)				
(1) 新しく加入した健康保険組合名 (<input checked="" type="radio"/> 健康保険組合)				
(2) 適用事業所の名称(新しく就職した会社名等) (<input checked="" type="radio"/> 株式会社)				
(3) 資格取得日 (取得日 : 令和 1年 5月 21日)				
●新しく交付された保険証のコピーを添付してください。加入日を確認いたします。				
2. 船員保険の被保険者資格を取得したため				
(1) 資格取得日 (取得日 : 令和 年 月 日)				
3. 被保険者が死亡したため (死亡日 : 令和 年 月 日)				
4. 法定期間(2年間)が満了したため				
5. 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため				
(1) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合)				
(2) 資格取得日 (取得日 : 令和 年 月 日)				
●75歳未満で資格取得した場合は、新しく交付された保険証のコピーを添付してください。加入日を確認いたします。				
6. 保険料が納付期日までに納付できなかったため				
●「資格喪失証明書」の発行を希望する場合、返信用封筒に住所氏名を記入のうえ、郵便料金の切手を貼り送付(同封)ください。				
* 上記1~3の理由で資格喪失をしたときに還付(返金)が発生する場合は、下記振込先等をご記入ください。(ゆうちょ銀行除く) 但し、被保険者が死亡の場合は健康保険組合までお問い合わせください。				
振込先 <small>(被保険者の口座) (ゆうちょ銀行除く)</small>	銀行名	支店名	口座番号(普通)	口座名義(カタカナで記入)
	イオン 銀行 信金 ルビー 本・支店		45678x	イオン カスコ

2019.9

<健保処理欄>

常務理事	事務長	課長	係

証明書の交付	還付
不要・要(/)	送付日 無・有(/)
証回収区分	
1.添付	令和 年 月 日 枚
2.不能	令和 年 月 日 枚
3.滅失	令和 年 月 日 枚

確認日

受付日