

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 資格喪失申出書

＜ 注意事項 ＞

※この申出書は、任意継続被保険者が任意継続被保険者でなくなることを希望する際に使用します。
※資格喪失日は、申出書を受理した日（イオン健保到着日）の属する月の翌月1日になります。
その際、保険証の添付は不要です。電話での受付は致しませんのでご注意ください。

※申出書受理後は、原則として取り消しはできません。

※この申出書を提出後、資格喪失日以降速やかに任意継続の保険証（全員分）を送付して下さい。
高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも送付して下さい。
「資格喪失証明書」は、保険証返却と引き換えに発行致します。

＜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 <small>(フリガナ)</small>		③ 生年月日	
90				昭・平 年 月 日	
④ 個人番号 (マイナンバー) ※①番号を記入している場合は、記入不要です					
⑤ 郵便番号		⑥ 住所 フリガナ () 都道府県			
⑦ 電話番号 自宅: () 携帯: ()					
⑧ 資格喪失日		令和 年 月 1 日		注) 資格喪失日は、本申出書イオン健保到着の翌月1日となります。	
◎ 資格喪失の理由 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ● 資格喪失証明書を希望する場合、返信用封筒に住所氏名を記入の上、切手を貼り送付(同封)下さい。 * 上記理由で資格喪失をしたときに還付 (返金) が発生する場合、下記振込先欄をご記入下さい。					
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)	
	銀行 ・ 信金	本 ・ 支店			

2022. 2

＜ 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 (/)	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