

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申請書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

下記の事由に該当するため申出します。

届出日 令和 年 月 日

記号・番号	493 -	氏名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	電話番号	— —
住所	〒 —		
資格喪失日	令和 年 月 日 (下記の資格喪失事由が①②の場合は資格取得年月日と同日となります。)		
資格喪失の 事由 (いずれかに ○印を記入 ください)	( ) ① 新たに健康保険の被保険者資格を取得(就職)したため		
	取得した被保険者 等記号・番号		
	保険者名称 (健保組合名)		
	資格取得年月日	令和 年 月 日 ※ 新しい保険証の表面に記載された年月日を確認し、ご記入ください。	
	( ) ② 後期高齢者医療制度の被保険者等となったため ※ 65歳以上75歳未満で、政令で定める程度の障害にあたる旨の認定を受けたときを含みます。		
	被保険者番号		
	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	
資格取得年月日	令和 年 月 日		
( ) ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※ 資格喪失日は当組合が申出を受理した日の翌月1日となります。			
備考			

### 【健康保険証又は資格確認書をお持ちの方へ】

上記の資格喪失事由が①②の場合は、今まで使用していた任意継続の健康保険証又は資格確認書(いずれも被扶養者分を含む)を必ず添付してください。資格喪失事由が③の場合は、資格喪失日以降にご返却ください。

高齢受給者証、限度額認定証等の交付を受けている場合は、あわせてご返却ください。

受付日付印

### 【提出先及び問合せ先】

〒600-8009 京都市下京区四条通室町東入函谷鉾町 91  
京都中央信用金庫健康保険組合  
Tel.075-223-8387