

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

(規則第42条関係) 2022.1改定

①記入日		令和 年 月 日			
②保険証の記号・番号		③被保険者氏名		④性別	⑤生年月日
記号	900	番号		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日
⑥住 所 / 電話番号 (必ず連絡がとれる番号を記入)					
〒					
自宅 () - / 携帯() -					

下記の該当理由にチェックし、必要書類を添付したうえで当健保に送付してください。

資格喪失理由	必要書類
<input type="checkbox"/> 就職により、被保険者資格を取得したため	<ul style="list-style-type: none">● 新しい保険証のコピー● 京セラ健康保険組合の保険証(家族分含む)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	<ul style="list-style-type: none">● 後期高齢者医療被保険者証のコピー● 京セラ健康保険組合の保険証(家族分含む)
<input type="checkbox"/> 任意脱退 (国民健康保険に加入等) ※資格喪失日はこの申出書受付日の翌月1日	※提出前に京セラ健康保険組合までお電話ください (TEL:075 - 604 - 3592)

※還付金が発生する場合は、別途書類を送付いたします

※※資格喪失理由が満了・死亡の場合は、本申請は不要です

【送付先】
〒612-8501 京都市伏見区竹田鳥羽殿町6番地
京セラ健康保険組合宛

受付印

京セラ健康保険組合理事長殿 上記の通り申請します。

【健保記入欄】

還付金	還付対象期間
有 ・ 無	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分保険料