

記入例

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) 2024.12改定

①記入日	令和 6 年 12 月 1 日		
②保険証の記号・番号		③被保険者氏名	④生年月日
記号	900	番号	1234
京瀬良 太郎			昭和・平成 41 年 1 月 1 日
⑤住 所 / 電話番号 (必ず連絡がとれる番号を記入)			
〒 123 - 4567			
〇〇県〇〇市〇町〇丁目×番地			
自宅 (0123) 45 - 6789 / 携帯(080) 1234 - 5678			

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 checked="" type="checkbox"/> 就職により、被保険者資格を取得したため 【資格取得日:令和 6 年 12 月 5 日】	●資格情報のお知らせのコピー ●京セラ健保の資格確認書の返却(家族分を含む) ※発行された方のみ
<input type="checkbox"/> 任意脱退 (国民健康保険に加入) ※資格喪失日はこの申出書受付日の翌月1日	●京セラ健保の資格確認書の返却(家族分を含む) ※発行された方のみ 健康保険組合までお電話ください (TEL:075 - 604 - 3592)

就職日をご記入ください。

※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	健保記入欄 月 日分保険料