

常務理事	課長	係長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

申請日: 令和 年 月 日

● 太枠内をご記入ください。

被 保 険 者 （ 申 出 者 ）	記号	番号	フリガナ	
	22		氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所	〒		
	電話	()		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失 還付請求 事由 ※該当番号を「○」 で囲んでください	1. 就職により、他の健康保険組合の被保険者資格を取得したため 資格取得日: 令和 年 月 日
	2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため (資格喪失日は製紙健保が受理した日の翌月1日になります)
	3. 被保険者の死亡のため 死亡日: 令和 年 月 日

【この申出書に添付して提出するもの】

①製紙工業健康保険組合の「健康保険被保険者証」

- ・被保険者(ご本人)およびその被扶養者(ご家族)の方に交付されているもの全てを回収いたします。
- ・限度額適用認定証、高齢受給者証 他、の交付を受けている場合はそれらも含みます。

②被保険者の死亡のための資格喪失の場合は、「埋葬料・埋葬料請求書」 (添付書類含む)を一緒にご提出ください。

製紙工業健康保険組合
〒417-0056 静岡県富士市日乃出町165-1 サンミック静岡ビル3F

受付日付印