

任意継続 資格喪失申出書

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

下記のとおり任意継続被保険者資格喪失事由に
該当しましたので申し出ます。

石油製販健発	総務係	供覧 会計係
号		

保険料還付
有 ・ 無

受付印

資格喪失事由

◎該当する番号を○で囲ってください

- ① 就職により健康保険被保険者資格を取得したため
- ② 被保険者が死亡したため
- ③ 被保険者が障害認定を受け、後期高齢者医療に加入したため
- ④ ①②③以外の理由で脱退を希望するため

④の方は下記、説明文をお読みいただき、**・**をしてください。

- 当組合でこの書類を受理した日の翌月1日が喪失日となります。
例 1月1日～1月31日に、この書類を当組合で受理→2月1日喪失
- 保険証は、喪失日の前月末まで資格が有効なので、この書類と一緒に送付しないでください。
例 2月1日喪失の場合、1月31日まで保険証は有効です
- 喪失通知書に返信用封筒を同封いたしますので、その封筒で保険証等を当組合に返却してください。
例 2月1日喪失の場合、2月1日以降に喪失通知書を発行します

被 保 険 者 情 報 欄	記号	8000	番号		喪失日	年	月	日
	住所	〒						
	電話番号	()						
	氏名						健保記入欄	

代 理 人 欄 (被保険者死亡の場合)	住所	〒					続柄	
	電話番号	()						
	氏名				続柄			

添付書類 (上記①～③の場合)

◎被保険者が就職または障害認定を受けた場合

- A 石油健保の保険証 (被扶養者分も全て)
- B ・就職先の保険証コピー
・後期高齢者医療の保険証コピー

※ 高齢受給者証・限度額適用認定証の交付を受けている方は併せてご返却ください。

◆ 上記の件でご不明な事は適用課 Tel03-3265-3201

◎被保険者がお亡くなりになられた場合

- A 石油健保の保険証 (被扶養者分も全て)
- B 死亡診断書の写し
- C 給付金・還付金に関する申し入れ書

※ 埋葬料(費)の請求も行うことができますので併せてご請求ください。

◆ 上記の件でご不明な事は給付課 Tel03-3265-3306