全日本空輸健康保険組合 御中

T-13

任意継続被保険者資格喪失申請書

下記のとおり、任意継続被保険の資格を喪失致したく,申請致します。

令和　年　月　日提出

被保険者証	記号		番号		性別	◯男 ・◯女
氏　名	フリガナ 印			生年月日	◯昭和・◯平成 年　月　日生	
住　所	〒　－ ◯都◯道◯府◯県　◯市◯区◯郡 電話番号　－　－					

資格喪失理由（該当する番号の□にチェックを付けてください。）

□ **1. 就職** 右の再就職先事業所の詳細を記入ください	再就職先事業所	
	名　称	
	住　所	〒　－ ◯都◯道◯府◯県　◯市◯区◯郡 電話番号　－　－
	保険者名 （健保組合名）	健康保険組合
	保険証 資格取得年月日	令和　年　月　日取得
□ **2. 申出による喪失**	申出による喪失の場合の喪失日には、本申請書が当組合に到着した日の属する月の翌月1日 保険証の使用については、喪失日の前日まで（申請書が当組合に到着した日の属する月末まで）	
□ **3.後期高齢者医療制度の繰り上げ適用**	65歳以上で市区町村（広域連合）より一定以上の障がいがあると認定を受けた場合で、 後期高齢者医療制度の繰り上げ適用の場合 **（75歳到達で後期高齢者医療制度に加入される場合には当申請書は不要です。）**	
	後期高齢者医療制度加入日	令和　年　月　日加入
□ **4. 被保険者死亡**	令和　年　月　日死亡	

健保記入欄	保険料計算欄	年　月分	保険料　円 調整　円		介護	
		年　月分	前納分　円 調整　円		介護	
			計①　円	計②　円	計③	円
			合計（①＋②＋③）		円	

1. 添付書類　就職事由 ①任継保険証 ②再就職先の保険証のコピー
申出事由 添付書類なし 資格喪失日以降に必ず任継保険証を当組合まで返納ください。※申出の取消原則不可
後期高齢者医療制度の繰り上げ適用事由①任継保険証 ②後期高齢者医療制度の保険証のコピー
被保険者死亡事由①任継保険証②死亡届もしくは死亡診断書のいずれかのコピー

2. 指定口座への振込（保険料還付）
①保険料の還付がある場合には、健保から還付金請求書を送付いたします。喪失の申請書を受領してから還付金請求書を送付するまで1か月程かかる場合があります。
②また還付金請求書を受領してから振込が完了するまで、1か月程かかる場合があります。
③振込通知は特に致しませんので、指定口座でご確認ください。

常務理事	事務長	次長			担当

受付印