

# 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

被 保 険 者 欄	記号・番号	(記号)	(番号)	又は	個人番号													
		3	3		0													
	氏名	(フリガナ)				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
		(氏)	(名)				<input type="checkbox"/> 平成											
住民票の住所	〒 — —																	
					日中に連絡可能な電話番号	— —												

- 《注意事項》 1. 資格喪失日は、健康保険組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。  
申出書が月末までに健康保険組合へ確実に届くよう、**20日までに投函して下さい。**
2. 資格確認書の交付を受けている場合、申出書を提出した(健康保険組合で受理した)月の末日まで使用できますので、申出書には添付しないで下さい。  
**※翌月1日からは使用できないため、速やかに被扶養者分も含め返却して下さい。**  
(高齢受給者証、限度額適用認定証等を発行されている場合も、同様に返却して下さい)

《送付先》 〒815-0081 福岡市南区那の川1-24-1 九電工健康保険組合

健 保 記 入 欄	申出書受理日	令和		年		月		日	資格喪失日	令和			年		月		日	1
	保険料納付状況	令和		年		月分	まで	保険料還付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印