健康保険　任意継続被保険者資格喪失申

実際に事業所へ提出日する日を記入してください。

提出日	令和	年	月	日
		● ●	● ●	● ●

九電工健康保険組合　理事長　殿

被保険者欄																		
記号・番号	(記号) 3 3 0	(番号)						又は	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
氏名	(フリガナ) キュウコウ	タロウ							生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成	●	● 年		● 月	●	● 日	性別	☑ 男 ☐ 女			
	(氏) 九工	(名) 太郎							日中に連絡可能な電話番号	000	—	0000	—	0000							
住民票の住所	〒 000 — 0000 ●●市▲▲区■■1－11－1																				

≪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i還付	☐ 有	☐ 無		

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合　受付印

2024.11　帳票No.010