

(提出ルート)

被保険者(本人) → イオン健康保険組合

〒261-8515 千葉市美浜区中瀬1-5-1

(☎ 043-212-6048)

イオン健康保険組合理事長 殿

### 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

※この申請書を提出する際は、必ず任意継続の**保険証を添付してください。**

<被保険者記入欄> 平成 年 月 日 下記のとおり申請します。

記号	① 番号	② 被保険者氏名・印 <small>(フリガナ)</small>		③ 生年月日
90		印		昭・平 年 月 日
④ 郵便番号		⑤ 住所		
- - - - -		フリガナ ( ) 都道府県		
⑥ 電話番号				
自宅: ( )		携帯: ( )		
⑦ 資格喪失日	平成 年 月 日	注) 資格喪失日は、喪失理由が1.2.5.は取得日、3.は死亡日の翌日、6.は未納月の11日となります。		
◎ 資格喪失の理由(該当するものの番号を○で囲み、必要事項を記入してください。)				
1. 健康保険の被保険者資格を取得したため(就職先にて健康保険に加入した)				
(1) 新しく加入した健康保険組合名 ( )				
(2) 適用事業所の名称(新しく就職した会社名等) ( )				
(3) 資格取得日 (取得日: 平成 年 月 日)				
●新しく交付された保険証のコピーを添付してください。加入日を確認いたします。				
2. 船員保険の被保険者資格を取得したため				
(1) 資格取得日 (取得日: 平成 年 月 日)				
3. 被保険者が死亡したため (死亡日: 平成 年 月 日)				
4. 法定期間(2年間)が満了したため				
5. 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため				
(1) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 ( ) 後期高齢者医療広域連合)				
(2) 資格取得日 (取得日: 平成 年 月 日)				
●75歳未満で資格取得した場合は、新しく交付された保険証のコピーを添付してください。加入日を確認いたします。				
6. 保険料が納付期日までに納付できなかったため				
●「資格喪失証明書」の発行を希望する場合、返信用封筒に住所氏名を記入のうえ、切手(82円)を貼り送付(同封)ください。				
* 上記1~3の理由で資格喪失をしたときに還付(返金)が発生する場合は、下記振込先等をご記入ください。(ゆうちょ銀行除く)				
但し、被保険者が死亡の場合は健康保険組合までお問い合わせください。				
振込先 <small>(被保険者の口座) (ゆうちょ銀行除く)</small>	銀行名	支店名	口座番号(普通)	口座名義(カタカナで記入)
	銀行・信金	本・支店		

2015.7

<健保処理欄>

常務理事	事務長	課長	係

証明書の交付	還付
不要・要( / )	無・有(送付日 / )
証回収区分	
1.添付 平成 年 月 日 枚	
2.不能 平成 年 月 日 枚	
3.滅失 平成 年 月 日 枚	

確認日
-----

受付日
-----