

【任意継続】被保険者資格喪失申出書

この申出書は、下記いずれかの資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出るときに使用するものです。必要事項記入の上、必要な添付書類とあわせてブリヂストン健康保険組合宛にお送りください。

年 月 日 申請

【被保険者情報】

記号	8020	フリガナ		生 年 月 日
保険証 番号		氏 名	印	昭和 平成 年 月 日 令和
住 所	〒		電話番号	- -

【資格喪失事由】該当する資格喪失事由のいずれかに✓を付け、該当項目をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	①新たに健康保険の被保険者資格を取得したため(再就職等)			
	資格取得年月日	年 月 日		
	上記の資格取得日以降の 保 険 証 使 用	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した	受診日： 医療機関：	
<input type="checkbox"/>	②任意継続被保険者でなくなることを希望するため			

【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①の方	●ブリヂストン健保の任意継続被保険者証 ●新たに取得した健康保険の被保険者証のコピー	○資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者証の資格取得年月日となります。 ○保険料は資格喪失月の前月分までとなります。
②の方	●ブリヂストン健保の任意継続被保険者証 ※②の喪失事由の場合、申出月の月末までは被保険者証を使用することができます。月末まで被保険者証を使用する予定がある場合は、この申出書に被保険者証は添付せず、申出月の翌月1日以降に健康保険組合宛にお送りください。	○資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ○保険料はこの申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

※ブリヂストン健康保険組合の保険証は被保険者分・ご家族様分を必ず返納をお願い致します。

返納して頂けなかった場合、返納して頂けるまで繰り返しご連絡をすることになります。

※万が一保険証を紛失してしまった場合は「健康保険被保険者証滅失届兼再交付申請書」をご提出ください。

申請書は当健康保険組合のホームページからダウンロードできます。

※保険料を多く頂いた場合は健康保険組合より「保険料還付金請求書」をお送りしますので署名捺印の上返送ください。

〈健保使用欄〉

認定日	I/P	保険証	係	事務長	常務理事	(受付印)
/	/	/				