

常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

この申出書は、YG健康保険組合に加入している任意継続被保険者が任意継続被保険者資格の喪失を申し出るときに使用するものです。

### ■任意継続被保険者情報記入欄

記号番号	999 -	氏名 (自著)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		

資格喪失事由 (口にチェック)	資格喪失日	添付書類
<input type="checkbox"/> 被用者健康保険の資格取得 (就職等)	被用者健康保険の資格取得日 年 月 日	・任意継続(記号999) 健康保険被保険者証 ・他の被用者健康保険の健康保険証の写
<input type="checkbox"/> 本人申出による喪失	資格喪失申出書をYG健康保険組合が 受領した日の属する月の翌月1日	・任意継続(記号999) 健康保険被保険者証 ※資格喪失後速やかにご返却ください
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療加入	被保険者の75歳の誕生日 年 月 日	・任意継続(記号999) 健康保被保険者証 ・後期高齢者医療被保険者証の写(下記添付)
<input type="checkbox"/> 被保険者死亡	被保険者の死亡日の翌日 年 月 日	・任意継続(記号999) 健康保険被保険者証 ・死亡日が記載された書類の写
備考		

◎任意継続被保険者の被保険者証は、当健康保険組合に返却してください。

◎高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療受療証、限度額適用・標準負担額減額認定証が発行されている場合は、合わせてご返却下さい。

◎資格喪失の理由が被保険者死亡による場合は、氏名(自著)欄は相続人が記入し、被保険者との関係性も追記して下さい。

### 【保険料の還付】

この申出により健康保険料及び介護保険料の還付が生じる場合は、還付の請求をいたします。  
※還付金はYG健康保険組合に登録された銀行口座へお振込いたします。

〒 -

住所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

### 【送付先】

〒102-0094  
東京都千代田区紀尾井町1-3  
東京ガーデンテラス紀尾井町  
紀尾井タワー23階

YG健康保険組合

※健保使用欄
資格喪失日
令和 年 月 日
保険料還付額
円
( 年 月 ~ 年 月 )
(備考)

受付日付印