

任意継続被保険者資格喪失申出書

記号		氏名	フリガナ		
番号		生年月日	昭・平・令	年	月 日
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	住 所 (別居の場合のみ記入)
	フリガナ	昭・平・令			
		年 月 日			
	フリガナ	昭・平・令			
		年 月 日			
フリガナ	昭・平・令				
	年 月 日				
フリガナ	昭・平・令				
	年 月 日				
資格喪失理由					
喪失事由の生じた日 (他保険に加入した日)		年 月 日			
勤 務 先	事業所				
	所在地				
	保険証番号	保 険 者 : 被 保 険 者 : (記号) (番号)			
資格喪失年月日		年 月 日 (健保での記入欄)			
三菱UFJニコス健康保険組合 御中 うえのとおり申出いたします。 令和 年 月 日 氏名 _____ 住所 〒 _____ _____ Tel _____					
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
備考					

注1 必ずお手元の任意継続の保険証も一緒に提出してください。(家族全員分)

注2 新保険証のコピーを添付してください。

注3 資格を喪失した月以降の保険料は還付いたします。
 ただし、喪失日と取得日が同月の場合は、保険料の還付はありません。
 該当する方には、この申出書の受領後に、「還付請求書」を別途送付いたしますのでご返送願います。

三菱UFJニコス健康保険組合
【適7】20220101