

任意継続被保険者任意資格喪失申出書

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 ※注意事項を参照願います		任意継続被保険者でなくなることを希望するため			
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 〒 _____ <div style="text-align: right;">Tel _____</div>					

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	
----	--

※注意事項

- 注1 本申出書が三菱UFJニコス健康保険組合に到着した日の属する月の翌月1日に任意継続被保険者資格を喪失します。原則として、申出後に取り消しはできません。
- 注2 資格喪失後「資格喪失証明書」を送付いたします。同封の返信用封筒にて、保険証をご返却ください。
- 注3 資格を喪失した月以降の保険料は還付いたします。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。