

この申出書は、下記の事由により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。
 その他の事由でご提出いただいても、任意継続被保険者資格を喪失することはできません。

常務理事	事務長	検算	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者	被保険者等記号番号	9 8 0 -		
	氏 名			
	生年月日	(和暦)	年	月 日
申出者氏名			被保険者との 続柄	
住所	〒 -			
日中連絡先	- -			
資 格 喪 失 事 由	<input type="checkbox"/> 健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため			
	資格取得年月日 (和暦) 年 月 日			
	添付するもの	<ul style="list-style-type: none"> 取得した健康保険の「資格情報お知らせ」コピーまたは「資格確認書」コピー ※本人分のみ アクサ生命健康保険組合の健康保険証または資格確認書 ※家族分を含むすべて 		
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため			
	※資格喪失日は当組合がこの申出を受理した月の翌月1日			
	※アクサ生命健康保険組合の保険証または資格確認書 ※家族分を含むすべて 添付ではなく資格喪失後5日以内に返納してください。			
	<input type="checkbox"/> 被保険者の死亡のため			
	死亡年月日 (和暦) 年 月 日			
	添付するもの	死亡診断書のコピー アクサ生命健康保険組合の保険証または資格確認書 ※家族分を含むすべて		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため			
資格取得年月日 (和暦) 年 月 日				
添付するもの	後期高齢者医療の資格確認書のコピー アクサ生命健康保険組合の保険証または資格確認書 ※家族分を含むすべて			

※該当するものにチェックしてください

..... 受付日付印