

番号は保険証
から転記

任意継続被保険者任意資格喪失申出書

記入例

記号	99	氏名	フリガナ ケンコウ タモツ 健康 保		
番号	××××	生年月日	昭・平・令 58年 7月 1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 ケンコウ タモツ 健康 組子	昭・平・令 ●年 ●月 ●日	女	妻	
	フリガナ ケンコウ アイロ 健康 合子	昭・平・令 ●年 ●月 ●日	女	長女	大阪府〇〇市〇町1-1-1
	フリガナ ケンコウ ケンイチ 健康 険一	昭・平・令 ●年 ●月 ●日	男	長男	
	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 うえのとおりに申出いたします。 令和 ●年 ●月 ●日 氏名 <u>健康 保</u> 住所 〒131 - 0033 東京都文京区本郷3-33-5 Tel 03-3815-××××					

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。