常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

（規則第42条関係）　2024.12改定

①記入日	令和　　年　　月　　日

②保険証の記号・番号				③被保険者氏名	④生年月日
記号	900	番号			昭和・平成 年　　月　　日

⑤住　　所　／　電話番号（必ず連絡がとれる番号を記入）
〒　　－ 自宅（　　）　　－　　／ 携帯(　　)　　－

下記の該当理由にチェックし、必要書類を添付したうえで当健保に送付してください。

資格喪失理由	必要書類
☐ 就職により、被保険者資格を取得したため 【資格取得日：令和　　年　　月　　日】	●資格情報のお知らせのコピー ●京セラ健保の資格確認書の返却（家族分を含む） ※発行された方のみ
☐ 任意脱退（国民健康保険に加入等） ※資格喪失日はこの申出書受付日の翌月1日	提出前に京セラ健康保険組合までお電話ください （TEL：075 - 604 - 3592）

※還付金が発生する場合は、別途書類を送付いたします

※資格喪失理由が満了・死亡の場合は、本申請は不要です

【送付先】
〒612-8501　京都市伏見区竹田鳥羽殿町６番地
京セラ健康保険組合宛

京セラ健康保険組合理事長殿　上記の通り申請します。

受付印

【健保記入欄】

還付金	還付対象期間
有　・　無	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日分保険料