

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続 被保険者資格喪失届

被保険者証 の記号番号	記号	888	フリガナ		性別
	番号		被保険者 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
任意継続被保険者 資格喪失年月日		令和 年 月 日			
資格喪失の理由 (該当の□にチェック または■に変更)		<input type="checkbox"/> 1. 資格取得日（加入した日）から2年を経過した <input type="checkbox"/> 2. 就職した（健康保険の被保険者になった） →添付書類要 <input type="checkbox"/> 3. 保険料を納付期日までに納付しない <input type="checkbox"/> 4. 被保険者が死亡した <input type="checkbox"/> 5. 上記以外の理由で脱退を希望する →届出月の翌月1日付喪失			
上記のとおり届出いたします。					
令和 年 月 日					
〒					
被保険者 住所 _____					
TEL _____					
氏名 _____					
日本ヒューレット・パッカート健康保険組合理事長 殿					

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合

※添付書類

- 喪失理由が2.就職したときは、就職先で交付された保険証のコピーが必要になります
(健保手続き上必要なもので外部に出ることはありません)

※資格喪失の理由が『3. 保険料を納付期限までに納付しない』の場合、
資格喪失日は納付期限（原則10日。10日が土日祝日の場合は翌営業日）の翌日となります。