

オリエンタルランド健康保険組合			
常務理事	事務長	係員	係員

任意継続被保険者資格喪失届

※記入、または☑をしてください

被保険者証	記号	50	番号	
被保険者	氏名	(フリガナ)		
資格喪失事由 期日等 ※加入期間2年を経過した、または75歳に到達した場合、記入省略	事 由		期 日	
	☐ 再就職し他の健康保険に加入したため ※再就職先で発行された資格確認書の写しを添付		令和	年 月 日
	☐ 保険料を期日までに納付しなかったため (保険料未納)		令和	年 月 日
	☐ 被保険者が死亡したため		令和	年 月 日
	☐ 被保険者の申し出により資格を喪失するため ※申し出た日に属する月末まで加入、翌月1日喪失となり、喪失日は選べません。		令和	年 月 1 日

添付するもの	☐ 保険証 / 資格確認書 (添付 枚) ☐ 再就職先で発行された資格確認書の写し (該当する方のみ) ☐ 資格情報のお知らせの写し ☐ マイナポータルから資格取得情報がわかるページの写し	のいずれか
--------	---	-------

注意事項	再就職し、他の健康保険に加入した場合、その月に納めていただいた保険料は返還いたします。(喪失届と新たに加入した健康保険証のコピー等が到着後、保険料還付請求書を送付いたします。) ただし、任意継続保険に加入した初月中に再就職などで、資格を喪失する場合、初月に納めていただいた保険料は返還できません。(同月得喪)
------	---

オリエンタルランド健康保険組合 様

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

受付日付印