

【再就職・他健保加入用】

＜提出先＞ 〒130-0013
 東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階
 AIG健康保険組合 宛

※ 必ず郵送にてご提出ください。

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

(被保険者記入欄)

| | | | |
|------------------|---------------|-------------|------------------------|
| 被保険者等の 記号番号 | 11 - | 被保険者氏名 | |
| 被保険者の 生年月日 | (和暦) 年 月 日 | 資格喪失の 理由 | 健康保険の被保険者資格を 取得したため |
| 新たに加入した 健康保険の | 資格取得年月日 | 年 月 日 | |
| | 健康保険組合名称 | | |

上記のとおり申し出します。

年 月 日
 住 所 〒

氏名

メールアドレス

※注意

新たに加入した健康保険の資格取得日以降、AIG健康保険組合の資格確認書は一切使えません。
 医療機関より診療にかかわる費用の請求があった場合、被保険者ご本人様に全額請求させていただきます。

【添付書類】

- ・ AIG健康保険組合の資格確認書(交付されている場合)
 滅失した場合は、「健康保険被保険者証等滅失届」を添付してください。
 有効期限切れの資格確認書は返却不要です。
- ・ 新たに加入した健康保険組合交付の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」
 のコピー

(健保記入欄)

| | | |
|---------|--------------|------|
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 | (備考) |
| 標準報酬月額 | 千円 | |
| 資格確認書回収 | 添付(年 月 日) 枚 | |
| 還付保険料 | 無・有(年 月分) 円 | |

受付印