

**【任意資格喪失用】**

＜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	資格喪失日	申出書を受理した月の翌月1日

※ 「受理」とはAIG健康保険組合に到着した日

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

《注意事項》

- \*1 資格喪失日以降、AIG健康保険組合の健康保険証または資格確認書は一切使用できません。
- \*2 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。

- ・ 原則、申し出後の取消はできません。
- ・ 申し出が受理された月の保険料は納付が必要です。
- ・ 保険料を前納された場合、申し出が受理された翌月以降の保険料を還付します。  
(資格喪失日以降、AIG健康保険組合より還付金請求書を発送します。)
- ・ **資格喪失日になりましたらAIG健康保険組合の被保険者証または資格確認書を返却してください。**  
有効期限切れの資格確認書は返却不要です。

(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	
保険証回収	添付( 年 月 日) 枚	
還付保険料	無・有( 年 月分) 円	

受付印