

**【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健康保険組合の資格確認書を返却してください。  
 (交付されている場合)**  
 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	
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