

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

◎ オリックスグループ健康保険組合ホームページによくある質問・手続きを掲載していますのでご確認ください。

<https://www.ogkenpo.or.jp/>

保険証 記号-番号	記号 (7**)		保険証の番号	氏名
		-		
住所				
〒				
自宅電話又は携帯電話番号				e-mailアドレス
生年月日 (和暦で記入)				
年	月	日		

■ 該当の番号を一つ選択して○をし、1の場合は必要書類を下に貼り付けしてください。

任意継続の資格を失う理由	必要書類
1 再就職・起業等で他の健康保険に加入したため	新しく加入した健康保険組合の「資格情報のお知らせ」の写し 本人分のみ（氏名、資格取得日以外の項目で情報提供に差し障りがある場合は、塗りつぶして提出してください。）
2 本人が死亡したため	死亡日が確認できる書類の写し
3 国民健康保険に入るので、脱退を希望するため	-
4 家族の扶養に入るので、脱退を希望するため	-

3.4は、この申出書がオリックスグループ健康保険組合に到着した翌月1日に資格を失います (変更・取消はできません)

■ オリックスグループ健康保険組合に返却してください

☐ オリックスグループ健康保険組合の健康保険証・資格確認書

該当者のみ (本人・家族分すべて)

☐ オリックスグループ健康保険組合の高齢受給者証

該当者のみ (本人・家族分すべて)

☐ オリックスグループ健康保険組合の限度額適用認定証

該当者のみ (本人・家族分すべて)

該当番号 1 の場合
必要書類をのりで貼り付けしてください。
枠内に入りきらない場合は
裏面にのりで貼りつけしてください。

送付先： オリックスグループ健康保険組合 任意継続担当 宛
〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館

<健康保険組合使用欄> 記入しないでください

喪失年月日 (和暦で記入)
年 月 日

前納 単月
喪失証明送付 /

常務理事	事務長	担当

* 受付