

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者	記号・番号	記号	191	番号	
	氏名	(フリガナ) -----			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所	〒 ー 電話番号 ()			

資 格 喪 失 の 事 由 (該当項目に印を記入してください。)	<input type="checkbox"/> ① 加入者本人の申し出による	・国民健康保険に加入する ・健康保険等の被扶養者となる など
	この申し出が健保組合に受理された翌月1日に任意継続資格を喪失することになります。 この資格喪失の申し出の取消は原則認められません。	
	<input type="checkbox"/> ② 死亡による	(令和 年 月 日死亡)
	死亡日の確認できる書類(死亡診断書、埋葬許可書等の写し)を添付してください。	
<input type="checkbox"/> ③ 健康保険等の適用されている職場に就職した	資格取得年月日 (令和 年 月 日)	
新しい職場の保険証または組合員証(本人分)の写しを※下記摘要欄に貼ってください。		
<input type="checkbox"/> ④ その他		

※	新しい職場の保険証または組合員証の写し(本人分)を貼ってください。	
摘 要 欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">被保険者証コピー添付欄</div>	

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

資格喪失の事由②、③、④に該当の場合

当組合より発行されている健康保険証(被扶養者分も含む)を一緒にご提出ください

※ 高齢受給者証・限度額認定証等の交付を受けている場合は併せて提出してください。
被保険者証等を滅失した場合は、別途「滅失届」が必要となりますので当組合までご連絡ください。

受付日付印

(業務課 適用係 : 025-222-7586)