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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
	住　　所	〒　　－　　電話番号　　（　　）			

資格喪失の事由（該当項目に☑印をご記入ください。）	☐ 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。
	☐ 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。
	☐ 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『資格情報のお知らせ』等資格取得日が確認できる書類の写しを添付してください。**
	☐ ④ その他
摘要欄	

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

当組合より健康保険証（被扶養者分も含む）が発行されている場合、一緒にご送付ください

資格喪失の事由①本人の申し出による場合、こちらの申出書のみご送付ください。

※ 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 ）