

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

任意継続 健康保険被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者の記号・番号	9	9	0	0	—					
2	被保険者の生年月日	昭和 平成				年			月		日
3	被保険者の氏名	(フリガナ)									
		(氏)					(名)				
4	被保険者の住所	〒 — 電話番号 ()									
5	資格喪失の事由	該当する資格喪失事由に☑を付け、該当項目をご記入ください。 <input type="checkbox"/> ①健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため <input type="checkbox"/> ②任意継続被保険者でなくなることを希望するため									
6	備考										
7	資格喪失年月日	令和			年				月		日
8	証回収区分	[資格確認書] 添付 (扶養者 人)					[高齢受給者証] 添付 (扶養者 人)				

【 注意事項 】

- ・「7」、「8」欄は記入しないでください。
- ・5 資格喪失の事由が②の方の資格喪失日は、この申出書を受理した日の翌月 1 日となります。
 なお、申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。
【例】3月到着分⇒4月1日喪失（保険料は3月分までかかります。）

【 添付書類 】

- 5 資格喪失の事由が①の方は、
- ・再取得された「資格情報のお知らせ」のコピー。※当組合から交付されているものではありません。
 - ・任意継続の資格確認書・高齢受給者証。（該当される方）
- ※滅失した場合は、別途「滅失届」が必要となります。当組合（適用課：03-3265-0303）までご連絡ください。

- 5 資格喪失の事由が②の方は、
- 任意継続の資格確認書・高齢受給者証（該当される方）を、**喪失日後**に送付ください。 受付日付印