

常務理事	事務長	課長	係長	係	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

任意継続被保険者 記号・番号	1 0 0 0 -				
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所・電話番号	〒 TEL ( )				
資格喪失理由 <span style="color: red;">※どちらかに チェック☑ してください。</span>	<input type="checkbox"/> 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 (就職等)	<input type="checkbox"/> 再取得した健康保険(または船員保険)の名称  <input type="checkbox"/> 適用事業所(または船舶所有者)の名称  <input type="checkbox"/> 資格取得年月日 令和 年 月 日 資格取得	<b>■ 添付書類</b> ①任意継続の資格確認書、 高齢受給者証、限度額認定証 <small>(発行されている方のみ)</small> ②新しい健康保険の情報が 確認できるもの ・資格情報のお知らせの コピー ・資格確認書のコピー いずれか一点 (本人分のみ)		
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなる ことを希望するため	<span style="color: red; font-weight: bold;">※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日          となります。(投函日ではなく、当組合に到着した日の          属する月の翌月1日)</span>  <span style="color: red;">※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</span>		<b>■ 添付書類</b>  ※資格確認書、高齢受給者証、 限度額認定証 (発行されている 方のみ) は資格喪失後 (翌月 1 日以降) に返却してください。	
【備考】					

◀ 注意 ▶

◎ 任意継続の資格確認書、高齢受給者証、限度額申請書をお持ちの場合は、被保険者及び被扶養者分ともに自分で廃棄せず  
 に必ず当健康保険組合に返却してください。

※万が一、資格確認書をなくしてしまった或いは廃棄してしまった場合は、「健康保険資格確認書滅失届」を提出してください。  
 届出用紙は当組合ホームページよりダウンロードいただけます。

受付日付印

【送付先および問い合わせ先】  
 〒110-0015 東京都台東区東上野2-13-9  
 関東信用組合連合健康保険組合  
 TEL.03-3833-1351