

常務理事	事務長		係

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
被保険者の氏名	住友 太郎
被保険者の生年月日	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 新宿区〇〇町〇-〇
被保険者の連絡先	携帯・自宅 123 (3456) 6789

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失の事由 「ア、エのいずれかに○をつけ、必要項目を記入してください。」	ア. 健康保険の被保険者資格を取得した 資格取得年月日 (令和 〇 年 〇 月 〇 日)
	イ. 後期高齢者医療(長寿医療)制度の被保険者となった 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	ウ. 被保険者本人の申出による ※国民健康保険に加入する、健康保険等の被扶養者となる、海外に出国する など 資格喪失を申出た月の翌月1日に資格喪失となります
	エ. 被保険者が死亡した 死亡日 (令和 年 月 日) 申出者 () 被保険者との続柄 ()
摘要欄	

受付日付印

【添付して提出するもの】

- ①家族全員分の当健康保険組合の被保険者証
- ②新しく取得した被保険者証のコピー(※ア・イを選択の場合のみ)

【その他】 保険料が過払いとなる場合は、後日還付請求書をお送りいたしますので、ご請求ください。
ご不明な点は、当健康保険組合(Tel.03-5354-8161)までお問合せください。