常務理事	事務局長	部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者欄	1	被保険者証の記号・番号	9 9 0 1 ー							
	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)		(名)					㊞
	4	被保険者の住所	郵便番号 (ー) 電話番号 ( ) 都道府県							

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

5	資格喪失年月日	平成	※ 年	月	日	※は、記入しないで下さい	
	資格喪失の事由 (ア～ウのいずれかを「○」で囲み、選択いただいた事項を記入してください。)	ア 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 ⑴ 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者の記号番号 (記号 番号) ⑵ 適用事業所(お勤め先の会社)または船舶所有者の名称 ( ) ⑶ 資格取得年月日 (平成 年 月 日)					
		イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 (平成 年 月 日)					
		ウ 死亡したため 死亡年月日 (平成 年 月 日)					
6	被保険者証回収欄	【 被保険者証 】 添付・滅失(扶養者 人)	【 高齢受給者証 】 70歳以上の方 添付・滅失				
7	摘要欄						

(注意事項)

1. **再取得した被保険者証のコピー添付・任意継続の被保険証返納** をお願いします。
2. 保険者証・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『 紛失届 』が必要となりますので当組合(適用課)までご連絡ください。

平成 年 月 日提出

受付日付印

【 出版健康保険組合 大阪支部 TEL: 06(6944)4300 】