

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 -
	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) (印)
	4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 (-) 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。

	資 格 喪 失 年 月 日	平 成 ※ 年 月 日 ※は、記入しないで下さい
5	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 (1) 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) (2) 適用事業所(お勤め先会社)または船舶所有者の名称 () (3) 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 】 【 高齢受給者証 】 70歳以上の方 添付・滅失(扶養者 人) 添付・滅失
7	摘 要 欄	

(注 意 事 項)

平成 | | 年 | | 月 | | 日 提出

- 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。
- 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。

受付日付印

【 出版健康保険組合 大阪支部 TEL: 06(6944)4300 】