健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証の記号・番号				―				
	被保険者の生年月日	昭和・平成		年		月		日	
	被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)				(名)			
	被保険者の住所	郵便番号（　　―　　） 電話番号　（　　） 携帯番号　（　　）							

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

資格喪失事由	資格喪失年月日	令和	※	年	月	日	※は、記入しないで下さい	
	①～④のいずれか該当する事由を「○」で囲み、日付を記入してください。	① 健康保険または船員保険の被保険者となったため 資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日）						
		② 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　（令和　　年　　月　　日）						
		③ 死亡したため 死亡年月日　（令和　　年　　月　　日）						
		④ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため						

（注意事項）

1. 任意継続の被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を添付してください。
   ※被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を紛失した場合は、別途『被保険者証（紛失・き損）届』が必要となります。
2. ①・②に該当の場合は、新たな健康保険に加入したことが分かるものを添付してください。
   （健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、辞令　などの写し）
3. ④を選択した場合
   a：資格喪失日は健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。
   b：被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）は翌月1日以降に送付してください。
   c：申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

令和　　年　　月　　日 提出

受付日印

【 出版健康保険組合　業務部　適用課　　TEL：03（3292）5005 】
【 出版健康保険組合　大阪支部　業務課　TEL：06（6944）4300 】