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	被保険者証の記号・番号	9	9	0	1	ー				
	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（　　ー　　） 都道府県	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	
	被保険者証回収欄	【被保険者証】 添付・滅失（被扶養者　人）	【高齢受給者証】　70歳以上の方 添付・滅失（被扶養者　人）

（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『紛失届』が必要となりますので、適用課までご連絡ください。
2. ①・②に該当の場合は、新たに取得した被保険者証の写しも添付してください。
3. ④に該当の場合
   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日以降適用課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

【出版健康保険組合大阪支部　業務課　TEL：06（6944）4300】