

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 及 び 番 号	記号 3000 番号
	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	
	4	被保険者の住所	〒 ー 電話（ ） ー 都道 府県

下記の事由に該当するため、次の通り申出いたします。

5	資格喪失事由（アイウのいずれかを「○」で囲む）	ア 健康保険又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又は船員保険の被保険者証の記号・番号 （記号： 番号： ） (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 事業所名称：（ ） 所在地：（ ） (3)資格取得年月日（令和 年 月 日）	アの必要書類等 ①当組合の保険証カード（本紙） ②就職先保険証コピー いずれも本人分含め、家族全員分を添付してください。
		イ 申出により健康保険任意継続被保険者の資格を喪失したため ※ 資格喪失日は保険者が申出書を受理した日の属する月の翌月1日になります。 ※ 原則、資格喪失申出後の取り消しはできません。	イの必要書類等 ・本書に添付する書類なし。 ※ 保険証は後日回収のご案内をします ので本書に同封しないで下さい。
		ウ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （番号： ） (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 （名称： 後期高齢者医療広域連合） (3)資格取得年月日（令和 年 月 日）	ウの必要書類等 ・当組合の保険証カード（本紙） 本人分含め、家族全員分を添付してください。
6	摘 要 欄		

受 付 印

<送付先>〒100-0004東京都千代田区大手町2-2-1新大手町ビル5階

東京海上日動健康保険組合 宛

※健保使用欄

就職（資格喪失）日		還付 有 ・ 無	還付請求書送付日
・ ・		¥	・ ・
			保険料納付証明書 ： 有 ・ 無 ・ 差替え
常務理事	事務長	担当者	

(HP)	
登録:	
回収:	
医療費清算	有 ・ 無
30歳以上健診清算	有 ・ 無
振込:	