

常務理事	事務長				

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号	4	0	0	番号					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	ふりがな													
	氏名													印
	住所	〒 -												
電話番号 (日中の連絡先)	自宅	-	-	-	-	携帯	-	-	-	-	-	-	-	-

下記の事由に該当するため、申出します。

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 す る □ に ✓ 印 を 入 れ 必 要 事 項 を ご 記 入 く だ さ い 。)	資格喪失年月日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 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				
	新しく取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号・番号				
	適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地	名称			
		所在地			
	資格取得年月日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	後期高齢者医療の被保険者証の記号・番号				
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	() 後期高齢者医療広域連合			
	資格取得年月日	令和	年	月	日
被保険者証・高齢受給者証返納欄	被保険者証	添付 枚・減失	高齢受給者証	添付 枚・減失	
摘要欄					

令和 年 月 日提出

◎ 注意事項

- 新しく取得した健康保険被保険者証(写)を添付してください。
- 「健康保険限度額適用認定証」の交付を受けている方は併せて返却してください。
- 任意継続被保険者証等を紛失し添付できないときは、別途「減失届」が必要となります。

受付日付印

※ ご不明な点がございましたら、東日本電線工業健康保険組合 業務部 (TEL:03-5541-1231) までご照会ください。

