

常務理事	事務長	係員

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

保険証の 記号・番号	—		
被保険者氏名	生年月日	昭和 平成	
住所・電話番号	〒 TEL (
資格喪失理由 ※どちらかに チェック☑ してください。	<input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者資格を 取得したため（就職等）	<input checked="" type="checkbox"/> 再取得した健康保険の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得年月日 令和 年 月 日 資格取得	<input checked="" type="checkbox"/> 添付書類 ・保険証 ・新しい保険証のコピー （本人分のみ下欄に 貼付してください）
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなる ことを希望するため	※ 申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日 となります。（投函日ではなく、当組合に到着した 日の属する月の翌月1日） ※ 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※ 保険証は、この申出書に添付しないで下さい。 （翌月1日以降にご返却ください）	<input checked="" type="checkbox"/> 添付書類 <u>申出時には不要です。</u> ※保険証は資格喪失後 （翌月1日以降）に返却 してください。
【備考】			

（※注意）

- ◎保険証は自分で廃棄せずに必ず当健保組合に返却してください。
- ※被扶養者分も含むすべての証を返却してください。

受付日付印

<<保険証コピー貼付欄>>

就職等による喪失の場合は
新しい保険証のコピーを
貼付してください。

【送付先および問い合わせ先】

〒174-0051 東京都板橋区小豆沢3-5-4
 トーハツ健康保険組合
 TEL:03-3960-8059