

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険証の記号番号	記号 20 番号				
被保険者の氏名	フリガナ				印
	(氏)	(名)			
被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日				
被保険者の住所	〒				
	電話番号 ()				
	携帯電話 ()				

下記の事由に該当する為、次の通り申し出をします。

資格喪失事由 (該当項目に 印を)記入 ください)	資格喪失年月日 平成 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					
	上記に印した場合に記入ください	資格取得(就職)した健康保険または船員保険被保険者証の記号番号		記号 番号		
		適用事業所または船舶所有者の名称および所在地		名称 所在地		
		資格取得年月日		平成 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					
	上記に印した場合に記入ください	後期高齢者の健康保険被保険者証の被保険者番号		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		平成 年 月 日		
	被扶養者の有無			あり ()・なし		
備考欄						

受付日付印

この書類の提出が必要なとき

- 任意継続被保険者が適用事業所に使用されるに至ったとき等の場合、遅滞なく、「任意継続被保険者資格喪失申出書」を健保組合に提出してください。

注意事項

- この申出書には、東京都木材産業健康保険組合から交付されているすべての被保険者証（健康保険証：本人分と家族分すべて）の添付が必要です。
- 限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証等の交付を受けている場合は、それらも必ず添付してください。
- 上記のものを紛失し添付できない場合は「滅失届」を添付してください。
- 資格喪失日確認のため、**再就職先で新たに取得された被保険者証（健康保険証）等の写し**の添付をお願いします。