

太線の中を記入し、1枚目に押印してください。（自署の場合は押印は不要です。）

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

### 申出者に関する事項

被保険者等 記号・番号	記号	56	番号				
氏名	(氏)		(名)				㊟
生年月日	昭和・平成		年		月		日
住所	〒 -						
	都道 府県						
電話番号	(自宅)	( )	(携帯)	( )			

### 資格喪失に関する事項

資格喪失年月日	令和	年	月	日
資格喪失の事由	1. 令和 年 月 日に健康保険の被保険者となったため。 (資格情報のお知らせの写を添付してください。) 2. 令和 年 月 日に船員保険の被保険者となったため。 (資格情報のお知らせの写を添付してください。) 3. 令和 年 月 日に後期高齢者医療の被保険者となったため。 4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため。 《喪失事由4の場合の留意事項》 ・資格喪失日は、申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ・被保険者証は、申出書には添付せず、翌月1日以降に当組合までご送付ください。 ・申出書の受理後に、申出および資格喪失を取り消すことはできません。 ..... 5. 任意継続被保険者死亡のため。 6. 任意継続被保険者期間が法定満了となったため。 7. 令和 年 月分保険料を納付期日までに納付しなかったため。			
該当する番号を○で囲んでください				

被保険者証等は必ずお返してください。

健康 組合 使用 欄	被保険者証回収状況		資格確認書回収状況		高齢受給者証回収状況	
	交付枚数	枚	交付枚数	枚	交付枚数	枚
	添付	枚	添付	枚	添付	枚
	減失	枚	減失	枚	減失	枚
遅延	枚	遅延	枚	遅延	枚	

ご不明な点は、当組合業務課にお問合せください。

受付日付印

東京都家具健康保険組合 業務課

〒113-8511

東京都文京区本郷5-33-10 いちご本郷ビル3階

TEL 03-5990-9390【対応番号：1】