

常務理事	事務長	適用M	担当

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者証		被保険者氏名		生年月日			性別	
記号	番号			昭和 平成	年	月	日	男 女
222								
住 所						電 話 番 号		
〒 -								

令和 年 月 日
 下記の事由に該当するため、次の通り申出します。

資格喪失年月日 (新しい保険に加入した日) ※ 資格喪失事由が②の場合は、 資格喪失年月日記入不要	令和	年	月	日	
資格喪失事由 (該当項目に印)	<input type="checkbox"/>	① 就職 (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)			
	<input type="checkbox"/>	② 任意継続被保険者でなくなることの資格喪失申出 (資格喪失申出書が受理された日の属する月の翌月1日に喪失) ※ 保険証は翌月1日以降にご返却ください。			
	<input type="checkbox"/>	③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため			

注意事項	この申出書と一緒に下記を添付してご提出ください。	
	1. ヤマトグループ健康保険組合被保険者証	(本人: _____ 枚, 家族: _____ 枚)
	添付枚数を記入してください	
※ 資格喪失事由が②任意の資格喪失の場合は添付不要です。翌月1日以降にご返却ください。		
2. 取得先 (就職先の保険証あるいは船員保険) の保険証のコピー		
3. 該当者の方はヤマトグループ健康保険組合の高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病受給者証		

..... 受 付 印

