

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		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	
(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 checked="" type="checkbox"/>	③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため						

【この申出書に、該当する以下の書類等を添付してご提出ください】

- 健康保険証が交付されている方：健康保険証
資格確認書が交付されている方：資格確認書

※資格喪失事由が②任意の資格喪失の場合は、翌月1日以降にご返却ください。

※添付がある場合は右表に添付枚数を記入してください。

健康保険証	本人：	枚	家族：	枚
資格確認書	本人：	枚	家族：	枚

- 就職先の健康保険資格取得日が分かる書類のコピー 〈資格喪失理由が①就職の場合のみ必須〉
例：資格情報のお知らせのコピー、資格確認書のコピー、雇用契約書のコピー等

- ヤマトグループ健康保険組合から発行されている各証
(高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病受給者証)

※交付されている場合

..... 受 付 印