

常務理事	事務長	係員	係員

## 任意継続被保険者 資格喪失申出書

作成 令和 年 月 日 受付印

被保険者証等 記号・番号	-		
被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月 日
被保険者の氏名			
被保険者の住所	郵便番号	-	
	電話番号	( )	

該当する資格喪失事由の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。

資格喪失の事由	添付書類
<b>1. 再就職(再就職先の健康保険に加入した)</b>  資格取得年月日 令和 年 月 日 適用事業所の名称及び所在地(船員保険は船舶所有者) 名称 所在地	①新しい資格情報 のお知らせの コピー  ②当健保の保険証 (家族分も含め返 却)
<b>2. 後期高齢者医療に加入した</b>  資格取得年月日 令和 年 月 日	①新しい資格情報 のお知らせのコ ピー  ②当健保の保険証 (家族分も含め返 却)
<b>3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</b>  ※受付日の翌月1日が資格喪失日となります。飯野健保の保険証は喪失 日以降にご返却ください。	添付書類なし

《新しい資格情報のお知らせコピー貼り付け欄》

1.または2.に該当された方は新しく  
取得した資格情報のお知らせ  
のコピーを添付してください。

【送付先】  
〒105-0003  
東京都港区西新橋1丁目6番15号  
飯野健康保険組合