

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 4年 2月 7日

受付印

被保険者証等 記号・番号	999	—	1234
被保険者の 生年月日	昭和	平成	51年 10月 03日
被保険者の氏名	健保 太郎		
被保険者の住所	郵便番号	100	— 1234
	東京都練馬区〇〇-××-〇〇		
	電話番号	12 (3456) 7891	

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
<p>1. 再就職(再就職先の健康保険に加入した)</p> <p>資格取得年月日 令和 4年 4月 1日</p> <p>適用事業所の名称及び所在地(船員保険は船舶所有者)</p> <p>名称 〇〇〇〇株式会社 所在地 東京都中央区〇〇〇-123</p>	<p>①新しい資格情報 のお知らせのコ ピー</p> <p>②当健保の保険証 (家族分も含め返 却)</p>
<p>2. 後期高齢者医療に加入した</p> <p>資格取得年月日 令和 年 月 日</p>	<p>①新しい資格情報 のお知らせのコ ピー</p> <p>②当健保の保険証 (家族分も含め返 却)</p>
<p>3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</p> <p>※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。</p>	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。

1.または2.に該当された方はここに新しい資格情報のお知らせのコピーを貼り付けてください。

【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