

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり申出ます。

被保険者 記号番号	9999 - ○○○○	記入日	令 ○年 ○月 ○日 (昭・平)
氏 名	健保 元気	生年月日	○年 ○月 ○日
住 所	(〒 ○○○ - ○○○○) ○○県 ○○市 ○○町 1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	090 - ○○○○ - ○○○○		

届出の理由 (該当の項目に○印をつけてください)

- 1 再就職して、他健保等の被保険者となった
- 2 後期高齢者医療制度の被保険者となった
- 3 ご自身で資格喪失を申し出る
- 4 その他 ()

※ この申出書を以下の添付書類と一緒に当健康保険組合宛にご提出ください。

【添付書類】

- 届出の理由が 1 または 2 の場合は、三越伊勢丹健康保険組合の被保険者証(被扶養者分含む)
 ※ 届出の理由が 3 の場合は保険証の添付は必要ありません。
 申し出が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。喪失後5日以内に返却をお願いいたします。
- 「**高齢受給者証**」「**限度額適用認定証**」「**特定疾病療養受給者証**」を交付されている方は、その証
- 届出の理由が 1 または 2 の場合は新たに取得した被保険者証のコピー
 ※ 被保険者本人の欄に添付してください。

交付されている方は、必ずご返却ください

新たに取得した
被保険者証のコピーを添付

- ・本人分のみ
- ・記号番号はマスキングしてください

付 年 月 日

受 日

(注意)

- 任意継続被保険者の被保険者証、高齢受給者証等は、ご自身で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。
- なくしてしまった、或いは廃棄してしまった場合は「被保険者証滅失届」「高齢受給者証滅失届」「限度額認定証滅失届」を提出してください。(当健康保険組合のホームページよりダウンロードできます)