塩野義健康保険組合理事長殿

当健康保険組合まで郵送してください。

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

任意継続被保険者が記入する欄	任意継続被保険者証				氏　名	性 別	生　年　月　日
	記号	91	番号			男・女	S・H　　年　　月　　日
	資　格　喪　失　申　請　の　理　由（該当の番号に〇を付け、記入ください。）						
	１．他の健康保険（各種共済組合を含む）の被保険者資格を取得したため ①再取得後の健康保険被保険者証（組合員証）の記号・番号　（　　・　　） ②資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） ２．船員保険の被保険者資格を取得したため ①船員保険の被保険者証の記号・番号　（　　・　　） ②資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） ３．後期高齢者医療制度の被保険者となったため（65 歳以上 75 歳未満の方のみ対象） ①後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号　（　　） ②都道府県後期高齢者医療広域連合の名称　（　　）後期高齢者医療広域連合 ③資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） ４．任意での資格喪失を希望するため　（理由：　　）						
	上記のとおり申請いたします。 令和　　年　　月　　日 （〒　　－　　） 任意継続被保険者　住所 電話　　－　　－ 氏名						

健保組合処理欄	任意継続資格喪失日	令和　　年　　月　　日			健保組合受付印	被保険者台帳記入	
	任意継続被保険者資格喪失の申請受理伺					資格喪失者一覧記入	
	理事長	常務理事	主任	係		被保険者資格喪失登録	
						被保険者証回収登録	

（注）この申請書には、次の書類を必ず添付してください。

・任意継続被保険者証（被扶養者分を含む）　（上記１．２．３．の時のみ要）

※上記４．の時は不要。手続き完了後にお送りする案内に従って被保険者証をご返却ください。

・高齢受給者証　（７０歳以上の方のみ要）

・再就職先の被保険者証の写し　（上記１．２．の時のみ要）

・後期高齢者医療被保険者証の写し　（上記３．の時のみ要）