

常務理事	部長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者欄	任意継続被保険者証の記号番号	6000 - 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成 54年 1月 23日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町〇-〇-〇		
	電話番号	TEL 〇6 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

下記の事由に該当するため、申出します。

資格喪失の事由(該当項目に✓印をしてください)	資格喪失年月日	令和 4年 2月 1日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	① 新しく取得した被保険者証の記号番号	〇〇-〇〇〇		
	② 適用事業所(船舶所有者)の名称および所在地	名称	〇〇〇株式会社	
		所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
	③ 資格取得年月日	令和 4年 2月 1日		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険または被扶養者へ切り替えするため			
	① 被保険者証の名称および所在地	名称		
		所在地		
	② 資格取得年月日または被扶養者認定日(予定日)	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
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				
③ 資格取得年月日	令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> その他				
理由				

* この申出書と一緒に任意継続被保険者証(被扶養者分を含む)、高齢受給者証(交付されていた方)を添付のうえ提出してください。(お手元にあります納付書は回収いたしますので添付してください。)

* 新たに取得した被保険者証の写し(被保険者本人分のみ)を下の欄に貼付してください。

* 国民健康保険または被扶養者に切り替えされる方は後日新たな被保険者証の写しをFAXもしくはご郵送ください。

受付年月日

ここに、新たに取得した被保険者証の写しを貼付してください。

大阪機械工具商健康保険組合
〒550-0013
大阪府大阪市西区新町3-7-15(新町ビル2F)
TEL:06-6533-0215 FAX:06-6533-0216