健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書（被保険者記入用）

◆被保険者情報記入欄（楷書で丁寧にご記入ください）

被保険者証の番号・生年月日	記号　　番号 88　　－	生年月日（西暦） 年　　月　　日
氏名	フリガナ	
住所・電話番号（日中の連絡先）	（〒　　－　　） 都道府県　　区市郡	TEL　　（　　）

◆任意継続加入者喪失事由の情報記入欄（該当事由を☑チェックしてください）

□　1．就職等により他の健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため	
①再取得後の記号番号	記号　　－　　番号
②適用事業所等の名称及び所在地	名称 所在地
③資格取得年月日	（西暦）　　年　　月　　日
□　2．加入者本人の申し出による場合	
①申出事由（☑つける）	□国民健康保険に加入する　□家族の健康保険等の被扶養者となる □その他（　　）
②提出年月日	（西暦）　　年　　月　　日　※資格喪失日ではありません
□　3．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番号	記号　　－　　番号
②都道府県後期高齢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	（西暦）　　年　　月　　日

◎この申出書と以下の書類等を当健康保険組合へ提出（返却）してください。（上記2は申出書のみ提出）

- 「資格確認書（期限内のもの家族分含むすべて）」※交付されている場合
- 「限度額適用認定書証」や「高齢受給者証」など紙で交付されている証類。（該当者分全て）
- 新たに取得した資格情報（取得日）がわかるもの（本人分のみ、下の枠内に添付してください）

◎上記「2.加入者本人の申し出による場合」の資格喪失日は、申し出を受理した日の属する月の翌月１日に資格喪失となりますので、送付時期をご自身で確認のうえ提出願います。また、「資格喪失証明書」は、資格喪失日（休日の場合は翌営業日）に発送いたします。

新たに取得した資格情報（取得日）がわかるものを添付してください。
※枠内に収まらない場合は別添可。

【上記２の場合は添付不要】

受付日付印

【提出先】

〒110-8614　東京都台東区東上野３－１９－６
東京地下鉄健康保険組合
TEL03-3837-7057