

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険被保険者証		記号	2002		番号	
被 保 険 者	氏名				生年月日	昭・平 年 月 日
					電話番号	
	住所	□□□□□□□□			都・道 府・県	
		市・区 町・村				

該当する項目に☑をつけ、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> ① 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					
再取得後の被保険者証の記号番号		記号		番号	
適用事業所の名称		名称			
資格取得年月日		令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号					
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称		名称	後期高齢者医療広域連合		
資格取得年月日		令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> ③ 資格喪失(任意脱退)を希望するため					
【③を希望した方は以下をご留意ください。】					
・この申出書を当健保組合が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。					
・被保険者証は申出月の月末まで使用できますので、申出月の翌月1日以降に当健保組合へご返納ください。					
・保険料はこの申出書を健保組合が受理した月までかかります。					
・申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。					
備考欄					

令和 年 月 日 提出

受付年月日

～健保組合記入欄～

還付金	有 ・ 無
-----	-------

資格喪失事由が①②の場合、  
新たに取得した被保険者証の  
コピーの貼付をお願いします。

(当健保組合の保険証も併せて  
ご返納ください)

【提出先】  
〒111-8668  
東京都台東区柳橋1-1-5  
東京化粧品健康保険組合 適用課  
03-3862-5101(自動音声案内①)  
(受付時間:平日9:00~17:00)

# 記入例

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険被保険者証		記号	2002	番号	12345
被保険者	氏名	健保 花子		生年月日	招平 57年1月1日
				電話番号	03-3862-5101
住所		1118668	東京		都道府県
		台東市柳橋1-1-5			

該当する項目に☑をつけ、必要事項をご記入ください。

☑ ① 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				
再取得後の被保険者証の記号番号	記号	000	番号	0000
適用事業所の名称	名称	株式会社 0000		
資格取得年月日	令和	3年	4月	1日
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">             新たに取得した保険証の資格取得年月日をご記入ください。           </div>				
☐ ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号				
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称	後期高齢者医療広域連合		
資格取得年月日	令和	年	月	日
☐ ③ 資格喪失(任意脱退)を希望するため				
【③を希望した方は以下をご留意ください。】 ・この申出書を当健保組合が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 ・被保険者証は申出月の月末まで使用できますので、申出月の翌月1日以降に当健保組合へご返納ください。 ・保険料はこの申出書を健保組合が受理した月までかかります。 ・ <b>申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。</b>				
備考欄				

令和 年 月 日 提出

受付年月日

～健保組合記入欄～

還付金	有	無
-----	---	---

資格喪失事由が①②の場合、新たに取得した被保険者証のコピーの貼付をお願いします。  
(当健保組合の保険証も併せてご返納ください)

【提出先】  
〒111-8668  
東京都台東区柳橋1-1-5  
東京化粧品健康保険組合 適用課  
03-3862-5101(自動音声案内①)  
(受付時間:平日9:00~17:00)