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

健康保険被保険者等	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。

□ 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等記号番号	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			

□ 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。

・被保険者資格は申出月の月末まで有効ですので、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、
新たに取得した資格情報のお知らせの写し、もしくは
資格確認書の写しの貼付をお願いします。

・当健保組合の資格確認書も併せて
ご返納ください。（発行している場合）

【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

健康保険被保険者等	記　号	2002	番　号	12345
被保険者　氏　名	健保　花子	生年月日	昭・平　57　年　1　月　1　日	
		電話番号	03－3862－5101	
住　所	1 1 1 8 6 6 8　東京　都・道・府・県			
	台東　市・区・町・村　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等記号番号	記　号	○○○	番　号	○○○○
適用事業所の名称	名　称	株式会社　○○○○		
資格取得年月日	令和　3　年　4　月　1　日			

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。

☐ 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。

・被保険者資格は申出月の月末まで有効ですので、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、
新たに取得した資格情報のお知らせの写し、もしくは資格確認書の写しの貼付をお願いします。

・当健保組合の資格確認書も併せてご返納ください。（発行している場合）

【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）

東京化粧品健康保険組合2024.11