

常務理事	事務長	係

受付印

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

巴川コーポレーション健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 報	被保険者証 (カードNo.)	記号 98	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
		番号 〇〇〇〇			
	フリガナ				
	被保険者の氏名			本人の名前を記入	←自筆署名の場合 押印不要
	自宅住所			〒 自宅の住所を記入	
電話番号			〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に レ 点)	☐ 任意継続被保険者資格の喪失を希望するため ※ この場合、資格喪失日はこの申出が受理された日の属する月の翌月1日になります。			
	☒ 再就職し、他の医療保険の被保険者資格を取得したため			
	再就職先の名称		〇〇〇〇株式会社	
	勤務先住所		〒 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	
	電話番号			
	入社日(資格取得年月日) ※ 取得日が当健保の資格喪失日です		令和〇年〇〇月〇〇日	
	健康保険組合 または 社会保険事務所名		〇〇健康保険組合	
	☐ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため			
	後期高齢者医療制度の被保険者証の番号			
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称			
	資格取得年月日 ※ 取得日が当健保の資格喪失日です			
	☐ 被保険者本人死亡のため			
死亡日 ※ 死亡日が当健保の資格喪失日です				
申請者の氏名		本人との続柄		

以下の書類をこの申出書に添付して、巴川コーポレーション健康保険組合に提出してください。

- ① 資格確認書発行している場合：加入者全員分返却してください
- ② 交付を受けている高齢受給者証、限度額適用認定証等
- ③ 就職した場合：就職先で交付された資格確認書の写し(※ 資格確認書の交付を受けている場合のみ)

※任意継続加入期間満了(2年)による資格喪失は、この申出の提出は必要ありません。