

常務理事	事務長	副事務長	主査	課長補佐	主任	担当

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

記号	番号	被保険者氏名	生年月日
406	00000	カガナ トウブケンイチ <b>東武健一</b> (東武印)	昭和 平成 〇〇〇〇〇〇
住所			
〒 <b>130</b> - <b>0002</b> <b>東京</b> (都) 道 府 県 <b>墨田区業平4-14-6</b>			
電話番号	<b>03</b> ( <b>3621</b> ) <b>0000</b>		

資格喪失の事由 (該当項目にレ印をご記入ください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入を希望するため (申出による任意継続保険の資格喪失)
	資格取得予定年月日 令和 〇年 〇月 〇日
	<input type="checkbox"/> 就職先の健康保険組合の資格を取得したため 新しい保険証がありましたらコピーを添付してください。
	取得後の健康保険 被保険者証の記号・番号 <b>000000-000000</b>
	事業所の名称 名称 <b>〇△□株式会社</b>
	および所在地 所在地 <b>東京都墨田区押上〇-〇-〇</b>
	資格取得年月日 令和 〇年 〇月 〇日
	<input type="checkbox"/> 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 被保険者証の番号 <b>00000000</b>
	都道府県後期高齢者 医療広域連合の名称 <b>東京都</b> 後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日 令和 〇年 〇月 〇日	
<input type="checkbox"/> 家族等の被扶養者となったため 新しい保険証がありましたらコピーを添付してください。	
被保険者の氏名 氏名 <b>東武 太郎</b>	
および記号・番号 記号・番号 <b>000000-000000</b>	
保険者名称 名称 <b>株式会社〇△□</b>	
および所在地 所在地 <b>東京都豊島区池袋〇-〇-〇</b>	
資格取得年月日 令和 〇年 〇月 〇日	
摘要欄	

上記のとおり申請します。

健康保険組合受付印

令和 〇年 〇月 〇日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿