

常務理事	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		フリガナ	昭和 平成
		⑩	年 月 日
住所			
〒 ー 都道 府県			
電話番号	()		

資格喪失の事由 (該当項目にレ印をご記入ください。)	<input 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 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 就職先の健康保険組合の資格を取得したため <small>新しい「資格情報のお知らせ」「資格確認書」がありましたらコピーを添付してください。</small>
	取得後の健康保険
	被保険者等の記号・番号
	事業所の名称 名称
	および所在地 所在地
	資格取得年月日 令和 年 月 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	
都道府県後期高齢者	
医療広域連合の名称 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"/> 家族等の被扶養者となったため <small>新しい「資格情報のお知らせ」「資格確認書」がありましたらコピーを添付してください。</small>	
被保険者の氏名 氏名	
および記号・番号 記号・番号	
保険者名称 名称	
および所在地 所在地	
資格取得年月日 令和 年 月 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 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 理事長殿