

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	〇〇〇〇〇	フリガナ トウブ ケンイチ	昭和 平成		
		東 武 健 一		〇 〇 〇 〇 〇 〇	
住所					
〒 130 — 0002					
東京 都 道 府 県 墨田区業平4-14-6					
電話番号 03 (3621) 〇〇〇〇					

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 <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 〇〇〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇
	事業所の名称 名称 〇△□株式会社
	および所在地 所在地 東京都墨田区押上〇-〇-〇
	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 〇〇〇〇〇〇
	都道府県後期高齢者 医療広域連合の名称 東京都 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 <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 東武 太郎	
および記号・番号 記号・番号 〇〇〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇	
保険者名称 名称 株式会社〇△□	
および所在地 所在地 東京都豊島区池袋〇-〇-〇	
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