

常務理事	事務長	担当者

1	被保険者証記号番号	95 - 号
2	被保険者氏名	3 生年月日 昭和 年 月 日 平成

4	資格喪失年月日又は 資格喪失予定年月日	年 月 日
5	資格喪失の事由 (左記の事由の内、 該当する番号に ○を付けてくだ さい)	① 就職して、健康保険、共済組合などの被保険者資格を取得した。 (資格喪失日は、新しい健康保険の資格取得日です。) ② 被保険者が死亡した。 (資格喪失日は、死亡した日の翌日です) ③ 被保険者が申し出た。 ア) 国民健康保険に加入する。 イ) 健康保険等の被扶養者となる ウ) その他 ()
※下記の場合は、健康保険組合から連絡させていただきますので申出書の提出は必要ありません。 資格を喪失する月に「資格喪失証明書」を交付いたします。 ①任意継続被保険者となった日から2年経過したとき。 ②保険料を納付期日までに納付しなかったとき。 ※現在お持ちの健康保険被保険者証、資格確認書は、被扶養者の分も含めて速やかに返納してください。		

上記のとおり資格喪失を申し出ます。

年 月 日

申出者

郵便番号	
住所(住民票)	
氏 名	
電 話	() —