処理日

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任・係

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

※太枠内をご記入ください。

被保険者等の記号・番号	記号	6000	番号	
氏　　名				
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日			
住　　所	〒　　―			
電話番号	自宅		携帯	

次の事由により、任意継続の資格喪失を申出します。

＊ 該当する番号に「〇」をしてください。

＊ 事由が１または２の場合は

① 任意継続被保険者の健康保険証および資格確認書（加入していた方全員）

＊発行されていない場合は添付の必要はありません。

② 新たに加入した健保組合等から発行された次の書類のいずれか1点

A.「資格確認書」のコピー（加入していた方全員）

B.「資格情報のお知らせ」のコピー（加入していた方全員）

を添えて申出ください。

1	就職先の被保険者資格を取得したため 資格取得日　令和　　年　　月　　日
2	後期高齢者医療制度の被保険者となったため (65歳以上75歳未満の一定の障がいのある方で広域連合の認定を受けた方)
3	任意継続被保険者でなくなることを希望するため **<u>※当組合が申出書を受理した月の翌月１日が資格喪失日となります。</u>** **申出書受理後に資格喪失証明書を送付いたします。任意継続被保険者の健康保険証は資格喪失日以降にご返却ください。** **<u>※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</u>**

東京証券業健康保険組合

【組合記入欄】	被保険者　証回収			
保険料還付請求	添付　　年　　月　　日	滅失	未回収	
有　　無	被扶養者　証回収	扶養人数	人	
	添付　　年　　月　　日	滅失	未回収	

受付日付印