

健保 使用 欄	常務理事	事務長	担当

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

東和薬品健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失いたしたく、申請いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者証の記号・番号	記号 99	番号 〇〇〇
氏名 ※自署の場合押印省略可	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
申請者氏名 ※本人死亡の場合のみ記入	(本人との続柄 : )	
住所 ※電話は日中の連絡先	〒 532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原〇-〇-〇 電話(自宅) 06 ( 1234 ) 5678 電話(携帯) 090 ( 1234 ) 5678	
生年月日	昭和 49 年 12 月 15 日 ( 47 ) 歳 平成	性別 男・女
喪失理由 ※右記の該当する項目に チェックください。	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者を取得したため 資格取得日 令和 4 年 1 月 1 日 ※新しい就職先で加入された保険証のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 死亡したため 亡くなった日 令和 年 月 日 ※死亡診断書のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 後期高齢者の被保険者となったため 資格取得日 令和 年 月 日 ※後期高齢者の被保険者証のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 喪失の希望を申し出るため	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない <input checked="" type="checkbox"/>	
備考		

(注1) 就職による他健保加入の場合は、新しい健康保険被保険者証の写しを必ず添付してください。

(注2) 東和薬品健康保険組合の保険証を必ず「喪失申出書」と一緒に添付し返却してください。

ただし、喪失の希望を申し出る場合は申出書が受理された日の翌月5日までに返却してください。

(注3) 東和薬品健康保険組合の保険証を紛失された方は、必ず東和薬品健康保険組合までご連絡ください。

健保 使用 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月～令和 年 月分)
	備考	

受付日付印