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　○○　年　○○　月　○○　日

被保険者等の記号・番号	記号　99	番号　○○○
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○-○-○ 電話(自宅)　06　(　1234　)　5678 電話(携帯)　090　(　1234　)　5678	
生年月日	昭和・平成　49　年　12　月　15　日　(　50　)　歳	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。	☑ 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　6　年　12　月　15　日 ※就職先の「資格確認書」の写しあるいは「資格情報のお知らせ」の写しを同封ください。 ☐ 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。 ☐ 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「資格確認書」の写しあるいは「資格情報のお知らせ」の写しを同封ください。 ☐ 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　　2.　希望しない	
備考		

（注１）就職による他健保加入の場合は、新たに取得した「資格確認書」あるいは「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

（注２）資格確認書を滅失したときは、「資格確認書滅失申請書」を添付してください。

（注３）本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。
資格確認書を交付されている方は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

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	

※健保記入欄

受付日付印