

常務理事			担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者 証 記 号・ 番 号	1 2 0 —	生年月日	年 月 日
	氏 名	(フリガナ)		
	住 所	〒 電話 ()		
資 格 喪 失 事 由	1. 再就職し、健康保険の被保険者になったため (年 月 日 取得) ※再就職先から交付された保険証の写しを添付してください ※任意継続の保険証を添付してください (高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合はそれらも添付してください)			
	2. 死亡のため (年 月 日 死亡) ※死亡診断書等、死亡日が確認できる書類の写しを添付してください ※任意継続の保険証を添付してください			
	3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※資格喪失日はこの申出書が受理された日の属する月の翌月1日となります ※資格喪失日以降に任意継続の保険証を返却してください (高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合はそれらも返却してください)			
上記のとおり、申出いたします。 藤倉コンポジット健康保険組合理事長殿 年 月 日 提出				

受付印