

常務理事	事務長	部長	係

健康保険 任意継続/特例退職被保険者 資格喪失申出書

■ 被保険者情報記入欄

被保険者証の 記号番号および氏名	—	(氏名)
被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日

◎この申出書を下記添付書類と一緒に当健康保険組合宛に提出してください。

資格喪失理由 (下記、該当する方にチェック、ご記入ください。)		添付いただきたい書類
<input type="checkbox"/> 新たに健康保険に加入したため (就職等) ★喪失日：新たな就職先での加入日	新たな就職先（加入先）の名称	・任意継続/特例退職保険の被保険者証（保険証） ※被扶養者分含む ・高齢受給者証（該当する方のみ） ・新しい被保険者証（保険証）のコピー ※本人分のみ 下記「貼付位置」に貼付ください。
	資格取得年月日	
	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 任意の理由で脱退 (国民健康保険に加入・家族の扶養者になる等) ★喪失日：本申出書を当健保が受理した日 が属する月の翌月1日	【ご注意】 任意継続/特例退職保険の被保険者証・高齢受給者証は、喪失日前日までお使いになれますので、本申出書提出時には添付不要です。 ※翌月1日以降にご返却ください。	添付書類ありません。

(注意)

任意継続/特例退職被保険者の被保険者証、高齢受給者証は、自分で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。

※万が一、保険証をなくしてしまった或いは廃棄してしまった場合は、「健康保険被保険者証滅失届」を提出してください。

受付日付印

新たに取得した
被保険者証のコピー
貼付位置

【送付先及び問い合わせ先】

〒102-0093

東京都千代田区平河町1-4-5 平和第1ビル7階

博報堂健康保険組合

TEL : 03-3288-0832