東京スター銀行健康保険組合御中

常務理事	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

記号	番号	被保険者氏名	生年月日
9			昭和 平成

住所	電話番号
〒	自宅　（　　）
	携帯　（　　）
	メールアドレス

資格喪失理由（該当へ☑）		
	☐ 健康保険または船員保険の被保険者を取得したため（1.就職等）	■再取得した健康保険（または船員保険）の名称 ■適用事業所（または船舶所有者）の名称 ■資格取得年月日：令和　年　月　日　資格取得 ※再就職先の資格情報のお知らせまたは資格確認書に記載されている「資格取得日」をご記入下さい ■保険証返却枚数：　枚
	☐ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため（2.任意喪失）	※ 申出書を 受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 （投函日ではなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1 日） ※ 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※ 保険証はこの申出書に添付しないで下さい。 （翌月1日以降にご返却下さい）

添付書類（返却書類）	資格喪失理由	添付（返却）書類
	1. 就職等	① 再就職先の資格情報のお知らせまたは資格確認書写し（下欄へ貼付） ② 令和６年１２月２日以前に加入された方は現在お持ちの保険証
	2 .任意喪失	令和６年１２月２日以前に加入された方は現在お持ちの保険証または資格確認書 ※翌月1日以降（資格喪失後5日以内）に返却

［留意事項］

◎　任意継続被保険者の保険証は、ご自身で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却して下さい。

※ 被扶養者分も含む、すべての証を返却してください。

＜コピー貼付欄＞

再就職先の資格情報のお知らせまたは資格確認書のコピーをこちらへ貼付して下さい。

［送付先および問い合わせ先］

〒107-8480

東京都港区赤坂2-3-5

赤坂スターゲートプラザ

東京スター銀行健康保険組合

TEL : 03-3224-7274