

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☑)	<input 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 (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
	<input type="checkbox"/> 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）
	■資格取得年月日 令和 年 月 日 資格取得 ※就職先保険証記載の「資格取得日」をご記入下さい		■保険証返却枚数 枚
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 新しい勤務先で加入した保険証のコピー（下欄へ添付） ② 現在お持ちの保険証	
	2. 任意喪失	現在お持ちの保険証 ※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。

＜保険証コピー貼付欄＞

就職等による喪失の場合は
新しい保険証のコピーを
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