| 常務理事 | 担当者 |
|---|---|
| | |

# 任意継続被保険者 資格喪失申出書

椿本チエイン健康保険組合 殿　　令和　　年　　月　　日提出

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 記号 | 99 | 番号 | | フリガナ<br>氏名 | |
| 生年月日 | 昭 ・ 平　　年　　月　　日 | | | | | |
| 住　所 | 〒　　－<br>TEL　　－　　－ | | | | | |

**下記の事由に該当するため次のとおり申出します。**

喪失事由 （いずれかを「〇」で囲み、ア）イ）の場合、摘要欄に再取得した保険者証の写しを添付してください。ウ）の場合、摘要欄に資格喪失年月日を記入してください。）

ア） 他の健康保険の被保険者資格を取得したため

イ） 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

ウ） 申出により任意継続の資格喪失を希望するため

| | | | |
|---|---|---|---|
| 摘要欄 | ※再取得した資格情報のお知らせor 資格確認書の写しを貼ってください。<br>コピー添付欄 | | |
| | 資格喪失<br>年月日 | 令和　　年　　月　　日 | ・申出書が健保に到着した日の翌月1日が資格喪失日となります。<br>・原則、申出の取消は認められませんのでご注意ください。 |

椿本チエイン健康保険組合から交付している被保険者証は、資格喪失申出書と一緒にご返納ください。
※ 喪失事由、ウ）の場合は、資格喪失後にご返納ください。

| |
|---|
| 千円 |

受付日付印

【2024.12改訂】