

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

被保険者等 記号・番号	記号	99	番号		フリガナ	
					氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日					
住所	〒 ー					
	TEL ー ー					

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「○」で囲み、ア）イ）の場合、摘要欄に再取得した資格情報のお知らせ等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（国保へ切替の方はこちら）

※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。

摘要欄

コピー添付欄

資格喪失  
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。  
・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資格確認書は、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