

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 記号・番号	記号	99	番号	フリガナ	印
				氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日				
住所	〒 -				
	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「○」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

※再取得した被保険者証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