

曙ブレーキ工業健康保険組合 御中

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり資格喪失を申出ます。

1	被保険者の 記号・番号	記号	99	番号	1234
2	被保険者氏名	健保 太郎			
3	生年月日	昭和	平成	37年	1月 1日
4	住所及び 電話番号	〒348-8888 埼玉県羽生市東 5-8-3 電話番号：048-123-1234			
5	資格喪失理由 ※どちらかに チェック☑を してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため（就職等） (4) 新しい保険証の被保険者証記号・番号 記号（ 123 ）・番号（ 456789 ） (5) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 ※保険証に記載されています。 名称：健保製造株式会社 所在地：埼玉県さいたま市 1111 (6) 資格取得年月日： 令和4年 1月 1日			■添付書類 ・保険証 ・高齢受給者証 (該当者のみ) ・限度額認定証 (該当者のみ) ・新しい保険証の コピー
		<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 ※申出書を当健保が受理した月の翌月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) ※申出後は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ください。 (翌月1日以降に返却してください)			■添付書類 申出時には添付 書類は不要です。 ※保険証・高齢受 給者証・限度額認 定証は資格喪失 後に返却してく ださい。

受付日付印