

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 の 覧	被 保 険 者 証 号 記 号 - 番 号	—	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏 名	フリガナ			
	被 保 険 者 住 所	〒 — 電話 ()			

資 格 喪 失 の 事 由	資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日 ※記入不要です。			
	喪 失 の 理 由 どちらかに○を付して下さい。2の場合は、下記の項目の記入をして下さい。	1、任意継続被保険者でなくなることを希望するため 2、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			
	再 取 得 後 の 健 康 保 険	再 被 保 険 者 証 号 記 号 - 番 号	—		
		事 業 所 名 称			
		所 在 地			
	資 格 取 得 年 月 日	令和 年 月 日			

(千葉県トラック健康保険組合)

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日提出

<添付書類>

- ・ 当組合が発行した健康保険任意継続被保険者証
※被扶養者も含めた全員分を返納して下さい。
- ・ 再取得後の健康保険被保険者証(写)
※喪失の理由が2の場合

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄