

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 の 欄	被 保 険 者 等 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 被 保 険 者 等 取 記 号 - 番 号	-		
	後 事 業 所 名 称 の			
	健 所 在 地 保 險			
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または資格確認書
※いずれも被扶養者を含めた全員分を返納して下さい。
- ・ 再取得後の資格情報のお知らせ又は資格確認書(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