

常務理事	※	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日提出

保険証番号		被保険者の氏名(自署)	被保険者の生年月日			資格喪失年月日(※)				資格確認書カード 発行区分(※)
記号	番号									
9999			昭和 平成	年 月 日		令和	年 月 日			1. 発行あり (枚) 2. 発行なし

資格喪失理由 (いずれかにチェックしてください)	連絡先
☐ 就職により、健康保険・共済組合等の被保険者資格を取得したため ・資格取得年月日 【 年 月 日 】 ☐ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※申出書を当組合が受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 ☐ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 【 】 (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 【 】 (3)資格取得年月日 【 年 月 日 】	〒 ー TEL : () メールアドレス : 【この申出書に添付して提出するもの】 ◆被保険者およびその被扶養者に交付されている全ての資格確認書 ◆交付を受けている場合には、高齢受給者証、限度額適用認定証、等 ◆資格喪失の原因が就職の場合には、適正に資格記録を把握するため、 再就職先の健康保険取得日、又は入社日が分かるものの写しの添付

◇必要事項を記入し、該当する項目に○をつけてください。(※)欄は記入不要です。

◆新たに健康保険の資格を取得した日以降に医療機関で診療を受ける(受けた)場合は、必ず「新しい資格情報
(マイナ保険証・資格確認書等)」を窓口で提示してください。新しい資格情報を提示しなかった場合は無資格診療
となり、後日被保険者ご本人へ診療費の返還請求を行うことがあります。

【送付先】

〒141-6023 東京都品川区大崎2-1-1 ThinkPark Tower
ニッセイ・ウェルス生命健康保険組合