

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

受 付	登 録

常務理事	事務長		担 当

被保険者証等	記号	50	被保険者氏名			
	番号			年	月	日生
住所	〒 —			電話番号 ()		
資格喪失年月日	令和 年 月 日		*①は下記の資格取得日 ②はこの申出書が受理された翌月1日			
資格喪失の事由 *番号へ○を 記入ください	① 健康保険の被保険者資格を取得したため（就職等） ・資格取得年月日（令和 年 月 日）					
	② 資格喪失を希望するため					
上記の事由に該当するため、申出をいたします。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</div> 東邦ガス健康保険組合 常務理事 殿 氏 名 _____						

- ・太枠内をすべて記入ください。
- ・この申出書に以下のものを添付して提出ください。
 - 東邦ガス健康保険組合の「健康保険被保険者証」または「資格確認書」（喪失日以降に返却下さい）
 - 注）・家族を含めすべての「健康保険被保険者証」または「資格確認書」を返却ください。
 - ・高齢受給者証や限度額認定証等、健康保険組合から発行している証書も返却ください。
 - 再就職等で新たに取得した「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」の写し