

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	記号	50	被保険者氏名	年 月 日生
	番号			
住所	〒 ー 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。				
令和 年 月 日				
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(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健康保険被保険者証の写し