

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者証等	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	生年月日 〇〇年 〇月 〇日	
	フリガナ	トウキョウ テツオ			
	氏名	東京 鉄男			
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇 1-2-3			
	電話番号	TEL 0000-00-0000 (昼間連絡のとれる番号を記入してください)			

※太枠内は必ず記入してください。

資 格 喪 失 の 事 由 に ☑ を 入 れ、 記 入 し て 下 さ い。	☐ ほかの健康保険制度の被保険者資格を取得したため (健康保険組合・協会けんぽ・後期高齢者医療制度 など)	
	資格取得年月日 年 月 日	【添付書類】 ①加入した健康保険が確認できるもの 「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」等のコピー ②当健保組合発行の資格確認書(交付者全員分)
	☐ 被保険者が死亡したため	
	死亡年月日 年 月 日	【添付書類】 ※事前に問い合わせください ①死亡診断書等(コピー可) ②当健保組合発行の資格確認書(交付者全員分)
	☒ 任意継続の脱退を希望	
	・資格喪失日は、東京鐵鋼健康保険組合がこの申出書を受理した月の翌月1日となります。 ・脱退を希望し申請した後の取り消しはできませんのでご注意ください。 ・なお、この申出書に資格確認書は同封しないでください。	
資格喪失証明書の発行		☑を入れてください。 ☒ 希望する ☐ 希望しない

※資格喪失手続き終了後に「払込証明書」を郵送いたします。

※ご不明な点がございましたら健康保険組合(Tel 0285-28-1159)までお問合せ下さい。

健 保 使 用 欄	書類受理日	健保受付印
	資格喪失日	