

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

伺	年	月	日	
常務理事	事務長			係

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名	被保険者生年月日	資格喪失年月日 <small>※記入しないで下さい。</small>
記号	番号	健保 太郎	昭和 平成 令和 60 年 8 月 2 日	令和 年 月 日
1 2 1 2	999			
被保険者本人の住所			申請者の氏名・住所等 (被保険者死亡のとき)	
〒 350-0001 埼玉県川越市〇〇1-1-1 自宅電話 090 (0001) 0001			申請者の氏名	
			申請者の住所	
			被保険者との続柄	
			連絡先電話番号	()
資格喪失事由 該当する番号を○印で囲んでください				
1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため (就職した日: 令和 35 年 04 月 01 日) 「新しく加入された健康保険証」のコピーと、埼玉しんきん健康保険組合の健康保険証 (ご家族分も) を添付してください。				
2. 75歳になり、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 「後期高齢者医療の被保険者証」のコピーと、埼玉しんきん健康保険組合の健康保険証 (ご家族分も) を添付してください。				
3. 被保険者本人が死亡したため (死亡した日: 令和 年 月 日) 埼玉しんきん健康保険組合の健康保険証 (ご家族分も) を添付してください。				
4. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため				

上記のとおり届出ます。

受付年月日

埼玉しんきん健康保険組合 理事長 殿

令和 35 年 04 月 04 日