伺	年	月	日	
常務理事	事務長			係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者等 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	※記入しない	ハで下さい。	
記号	番号		太郎	昭和 平成	60 年	Ω	日	2	H	令和	年	月	П
1 2 1 2	999	丛		令和	00 1	U	71		Ι	13 / 14	T	71	П
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				申請者	の氏々	名							
埼玉県川越市〇〇1一1一1				申請者	の住房	近							
			被保険者	との続札	丙								
	自宅電話	090 (0001) 0001	連絡先	直話番	导			()		
資格喪気		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)

- 埼玉しんきん健康保険組合の「資格確認書/保険証」(ご家族分も)をお持ちの場合は添付してください。

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

埼玉しんきん健康保険組合の「資格確認書/保険証」(ご家族分も)をお持ちの場合は添付してください。

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「資格確認書/保険証」(ご家族分も)をお持ちの場合は添付してください。

4. 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため

上記のとおり届出ます。

夕 受付年月日