日本製紙健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担 当 者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

（太枠内を記入してください）

被保険者について	被保険者証	記号	199	被保険者の氏名（フリガナ）	ニッポン　タロウ
		番号	99999		日本　太郎
	資格取得年月日		令和　4 年　7月　1日		
	自宅住所		〒△△△－△△△△ ●●●●●●●●●1－2－3番地 電話　090（　0000　）0000		

喪失事由（いずれか記入下さい）	1. 再就職先で健康保険の被保険者資格をした為 （新しく加入された「資格情報のお知らせ」のコピーまたは「資格確認書」のコピーを添付下さい）			
	勤務先名称	●●●●株式会社		
	勤務先住所	〒△△△－△△△△ ●●●●●●●●●3－2－1番地 電話　010（ 000 ） 0000		
	入社日（資格取得日）	令和 4 年　10 月　1日	保険者番号	
	健康保険組合又は社会保険事務所名	●●●●健康保険組合	被保険者証の記号・番号	－
	2. 被保険者本人の死亡の為			
	死亡年月日	令和　年　月　日		
	3. その他:雇用保険特定受給者等(雇用保険特定受給者証のコピーを添付下さい。)			
	国保加入日	令和　年　月　日		
	4. 上記以外で脱退を希望する為			
	被保険者喪失日等について	1.資格喪失日はこの申出書を健保組合が受理した日の属する月の、翌月1日となります。 2.保険料はこの申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 3.申出後にこの資格喪失を取り消す事はできません。		

上記の通り届出します。

令和　4 年　1 月 7　日

申請者　氏名　日本　太郎

（住所／電話番号）●●●●●●●●●3－2－1番地

※被保険者が死亡された場合は、申請者の住所・電話番号もご記入下さい。

（注）○ 就職された場合は、すみやかに日本製紙健康保険組合へこの申請書をご提出ください。

○ 日本製紙健康保険組合発行の証をお持ちの方は、すべてご返却をお願いします。

（被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証　等）

受付年月日