常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

令和　　年　　月　　日

被保険者等	記号	8888	番号	
氏名	(フリガナ)			
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日		性別	男 ・ 女
郵便番号	－			
住所	(フリガナ)			
電話番号 (日中の連絡先)				

資格喪失の理由	資格喪失年月日　令和　　年　　月　　日
	該当する喪失理由に☑を記入してください
	①　☐　任意継続被保険者となってから2年が経過したため 2年経過した日をもって資格喪失
	②　☐　死亡 死亡日の翌日に資格喪失　(死亡日:令和　年　月　日)
	③　☐　保険料を納付期日までに納付しなかったとき 納付期日の翌日に資格喪失
	④　☐　就職し、健康保険(または船員保険)の被保険者資格を取得したため 被保険者資格を取得した日に資格喪失　(取得日:令和　年　月　日) 新しく加入された健康保険の「資格情報のお知らせ(写)」を添付してください
	⑤　☐　後期高齢者医療制度の被保険者となったため 被保険者資格を取得した日に資格喪失　(取得日:令和　年　月　日)
	⑥　☐　加入者本人の申し出によるため 申出が受理された月の月末の翌日に資格喪失

その他	・当組合より資格確認書が発行されている場合は同時に返納してください。 また、高齢受給者証、限度額適用認定証等も発行されている場合は併せて返納してください。 ※上記喪失理由⑥に該当する方のみ、資格喪失日以降に資格確認書等を 別送で返納してください。

千葉県建設業健康保険組合