

2013.9

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失届

決済日付印

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

下記のとおり再就職し、被用者保険の被保険者になりましたので届出いたします。

① 健康保険被保険者証の記号			② 健康保険被保険者証の番号			③ 被保険者の氏名			④ 生年月日			⑤ 性別	
9 9 7						⑩			昭和 5 年 月 日 平成 7			男 1 女 2	
⑥ 被保険者の現住所		〒							⑦ 連絡先		ご自宅 () 携帯電話		
⑧ 被扶養者の氏名			⑨ 生年月日			⑩ 性別		⑪ 続柄		⑫ ※注4 資格喪失日 (新たに加入した被用者保険の資格取得日)		年 月 日	
			昭和 5 年 月 日 平成 7			男 1 女 2				⑬ 新たに加入した被用者保険		全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合	
			昭和 5 年 月 日 平成 7			男 1 女 2				⑭ 新しい保険証の記号-番号		記号 番号	
			昭和 5 年 月 日 平成 7			男 1 女 2				平成 年 月 日 提出			

- 注 1. 再就職により被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)の被保険者になられた方が提出してください。
 2. 任意継続被保険者の被保険者証は、資格喪失日以降使用できませんので、書類に添付してご返送ください。
 3. 新しく取得した被保険者証の写を、必ず添付してください。
 4. ⑫資格喪失日は新たに加入した被用者保険の資格取得日を記入してください。

受付日印