

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	9	92345		
氏 名	日板 太郎		生年月日	☒ 昭和 38 年 10 月 16 日 ☐ 平成
住 所	〒 541-8559 電話番号 (06 - 6222 - 7515) 大阪府大阪市中央区北浜 4-5-33			

資 格 喪 失 の 事 由 (該当する項目に✓印をご記入ください)	添 付 書 類
☐ 加入者本人の申出による	申出時には添付書類は不要です。 ※1
☒ 再就職 (資格取得日:令和 6 年 12 月 1 日)	・就職先の資格格情報のお知らせの写し(被保険者分) ・当健保発行の被保険者証 ※2 ・資格確認書(該当者のみ) ※2

上記の理由により、任意継続被保険者の資格喪失の申出をいたします。

※1 資格喪失日は当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月 1 日です。
「被保険者証」または「資格確認書」はこの申出書には添付せず、申出の翌月 1 日以降速やかに
ご返却ください。
申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

※2 被保険者および被扶養者分をご返却ください。また、「高齢受給者証」「限度額適用認定証」等が
交付されている場合は併せてご返却ください。

令和 6 年 12 月 5 日 提出

受付日付印

常務理事	担 当 者	担 当 者