

健 保 使 用 欄			
承 認	審 査	審 査	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

*健康保険証の 記号と番号	90 -	被保険者の 氏名	
被保険者の 現住所	(〒 - )		
電話番号			

【資格喪失事由】◆下記の該当する□にレ印をご記入下さい。

- 資格喪失を申し出るため。(喪失日は、当申出書の受付日の翌月1日となります。)
- 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

※他健保の被保険者資格を取得した場合は、新しい健康保険証のコピーを添付して下さい。

### 貼付箇所

令和 年 月 日

### <連絡事項>

・小島健康保険組合の保険証の返却をお願いいたします。  
(被扶養者がいる場合、被扶養者の保険証もご返却ください)  
また、高齢受給者証や限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せてご返却ください。

健康受付印

備考	個人番号記載欄 【上記*に記載された場合は記入不要】
----	-------------------------------