

記入例

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 - 999	被保険者の 氏名	健保 太郎
被保険者の 現住所	(〒 470 - 0453) 愛知県豊田市金谷町7-20		
電話番号	0565-32-8681		

【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 4年 1月 15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。

健保受付印

備考 個人番号記載欄
【上記*に記載された場合は記入不要】