

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

観光産業健康保険組合(250401)

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	担当者

被 保 険 者 情 報	健康保険被保険者の		被保険者証の記号番号が不明なときは、マイナンバーを記入してください。記入した場合は、本人確認書類の添付が必要です。					
	記号	20	番号					
	フリガナ			生年月日	☐ 昭和	年	月	日
	氏名				☐ 平成			
	住所	〒 -		電話番号	()			

該当する項目に☑し、所要事項をご記入ください。

資 格 喪 失 の 事 由	☐ 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				
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号	記号	番号		
	(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	所在地	名称		
	(3) 資格取得年月日	令和	年	月	日
	◎ 添付書類 ①当組合の被保険者証（被扶養者分を含む）および「資格確認書」（発行者のみ）、 ②当組合の高齢受給者証・限度額認定証（発行者のみ） ③新しく取得した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー				
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	(1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号	記号	番号		
	(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称（	）			
	(3) 資格取得年月日	令和	年	月	日
	◎ 添付書類 ①当組合の被保険者証（被扶養者分を含む）および「資格確認書」（発行者のみ）、 ②当組合の高齢受給者証・限度額認定証（発行者のみ） ③新しく取得した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー				
☐ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため					
留意事項 ・資格を喪失する日は、「任意継続被保険者資格喪失申出書」を当健康保険組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。被保険者証は、翌月1日に当健康保険組合・業務課宛に送付してください。 ・申出後にこの資格喪失を取消すことはできませんのでご注意ください。					
☐ 被保険者が死亡したため					
(1) 被保険者が亡くなった日	令和	年	月	日	
(2) 申出者情報	氏名	続柄	被保険者の		
	住所	電話			
◎ 添付書類 ①当組合の被保険者証(被扶養者分含む) ②「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額認定証」(発行者のみ)					

送付先

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-44-2-4F
観光産業健康保険組合・業務課 TEL 03-6260-5721

受付日付印

健 保 用 欄 合	資格喪失年月日	令和	年	月	日	備考
	被保険者証	1. 添付	()	枚		
	資格確認書	2. 減失	()	枚		
		3. 返不能	()	枚		