

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

届書コード
2 3 2

常務理事	事務長	担当者

※太枠内と該当する欄に記入してください

記号	番号	被保険者氏名	生年月日	電話番号
11			昭和 平成	
郵便番号	被保険者の住所			
—				

→ ☐ 再就職または後期高齢者医療制度へ加入のため

(再就職の場合) 再就職事業所の		(再就職の場合) 健康保険被保険者証の		資格取得年月日		
名称		記号		年	月	日
所在地		番号				

→ ☐ 申出によるため ※申出書受理日の翌月1日に資格喪失となります。

*下線部に「資格喪失を申し出ます」と記入してください。

資格喪失日 (提出の翌月1日を記入)		
年	月	日

→ ☐ 死亡によるため

亡くなられた被保険者の氏名	資格喪失年月日 (亡くなられた日の翌日)
	年 月 日

令和 年 月 日 提出

<注意事項>

1. 資格確認書や証の交付を受けている場合は資格喪失後に当組合までご返却ください。
2. 再就職または後期高齢者医療制度へ加入の場合は、新しい健康保険の取得が確認できるもののコピーを添付してください。
未入手の場合は、まず喪失申出書（現保険証を添付し）のみ提出し、新保険証は受領次第コピーをお送り下さい。

ベシシアグループ健康保険組合

受付日付印