

〒541-0041
大阪市中央区北浜4-5-33
住友電気工業健康保険組合
任意継続担当 宛

健康保険被保険者資格喪失申出書

被保険者欄	記号	555	番号	
	被保険者生年月日		昭和・平成 年 月 日	
	被保険者氏名		(フリガナ)	
	被保険者住所		〒	電話番号
		都道府	県	

資格喪失事由	提出日	年 月 日
	喪失事由 (該当する数字に「○」して下さい)	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため (資格取得日 年 月 日) ・(交付を受けている場合のみ)「資格確認書」を添付ください。
		2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため (資格取得日 年 月 日) ・(交付を受けている場合のみ)「資格確認書」を添付ください。
		3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (資格取得日 年 月 日) ・(交付を受けている場合のみ)「資格確認書」を添付ください。
		4. 任意継続の脱退を希望(国民健康保険へ加入、被扶養者となる) (健康保険組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日に資格を喪失します。) ・資格喪失日以降、(交付を受けている場合のみ)「資格確認書」を送付ください。

備考	
----	--

(R6.12)
受付日印