

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証	記号	番号	被保険者氏名 (フリガナ)
	90		
資格喪失年月日	令和 年 月 日		
喪失理由	1. 一般の被保険者となったため(就職したため) 2. 船員保険の被保険者となったため 3. 死亡したため 4. 後期高齢者医療の被保険者となったため 5. 資格喪失を希望するため※1・2 (理由:) ※1 原則として、申出後の取消はできません。 ※2 資格喪失日は申出書を受理した日の属する月の翌月1日です。被保険者証は資格喪失日到来後、速やかに返却ください。		
使用される事業所、所在地、新しい保険証の記号・番号(上記理由が1・2の場合)	名称	記号	番号
	所在地		

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

エア・ウォーター健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

— 注意事項 —

- 当健康保険組合の健康保険証を返却して下さい。
- 上記喪失理由が1と2の場合、新しい被保険者証の写し、または健康保険被保険者資格取得証明書の写しを添付して下さい。
- 上記喪失理由が3場合、死亡日がわかる書類を添付の上、相続人または親族が届出して下さい。

(申出人) 住所

〒

氏名