

常務理事	担当者	担当者	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者証の記号番号	9000	—	000	氏名	(カナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	00	年	00	月	00	日
	住所	〒0000-0000 ご住所はマンション名、部屋番号までご記入ください。 自宅電話番号 00-0000-0000 携帯 〃 00-0000-0000												
備考		※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)												

資格喪失年月日	令和	00	年	0	月	0	日
資格喪失事由 (該当項目に✓をしてください。)	☒ 他の健康保険等の被保険者となったとき						
	新しく取得した被保険者証の記号番号		0000-△△△△				
	適用事業所(船舶所有者)の	名称	株式会社000				
		所在地	大阪市000				
	資格取得年月日(就職日)		00 年 0 月 0 日				
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)						
	新しく取得した被保険者証の記号番号						
後期高齢者医療広域連合の名称		() 後期高齢者医療広域連合					
資格取得年月日		年 月 日					

被保険者証について	1. 同封	被保険者 被扶養者(2 枚)	資格喪失証明書について	1. 発行を希望する
	2. 未返却	理由: 返却予定日 令和 年 月 日		2. 発行を希望しない

上記のとおり申し出します。 00 年 0 月 0 日提出

※ ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合が発行した
保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等をご返却ください。
※ 新しく取得された保険証は、A4サイズ用紙にコピーし、必ず添付してください。
※ 資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。

受付年月日