

被保険者情報	健康保険証 記号 <b>9999</b> 番号 <b>123456</b>	
	氏名 (フリガナ) <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>	生年月日 <b>昭和 平成</b> <b>10</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日
	住所 〒 <b>000 - 1234</b> <b>東京</b> <b>都</b> 府 <b>道</b> 県 <b>千代田区富士見1-1-〇〇</b> <b>TJKプラザ101</b>	電話番号 (日中の連絡先) <b>090 (1234) 〇〇△△</b>

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 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
	再取得後の健康保険証の記号番号 <b>1111111</b> - <b>999999</b>
	再取得後の事業所名称 <b>株式会社ティー・ジェイ・ケー</b>
	資格取得年月日 令和 <b>4</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日
	<input type="checkbox"/> ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
	後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号
	都道府県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 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため

## 【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は②の方	<ul style="list-style-type: none"><li>● 任意継続被保険者の健康保険証（被扶養者分を含む） * 高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。</li><li>● 新たに取得した健康保険証のコピー（被保険者本人分のみ）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険証の資格取得年月日となります。</li><li>○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。</li></ul>
③の方	<ul style="list-style-type: none"><li>● なし 【注：健康保険証等について】 申出月の翌月1日以降に資格を喪失した旨の通知書をお送りいたしますので、同封の返信用封筒にて健康保険証を返送してください。 (高齢受給者証、限度額適用認定証も同様となります)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の、翌月1日となります。</li><li>○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。</li><li>○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。</li></ul>

注：資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかります。

※保険者使用欄：(保険証 枚)・(証コピー 枚・無)・添付なし