

受付年月日

常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	性別
	91	12345	健保 太郎	男・女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府高槻市〇〇町1-1			TEL ***-***-**** 携帯 ***-****-****

次のとおり届出します。

資格喪失年月日	令和	0	4	年	0	2	月	0	1	日
資格喪失の由	次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。									
	① 健康保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 () (2) 適用事業所の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 令和 年 月 日									
	② 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため。 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () (2) 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) (3) 資格取得年月日 令和 年 月 日									
	③ 死亡したため 令和 年 月 日									
④ 本人の申し出による喪失 資格喪失の申し出の日 令和 4 年 1 月 15 日 ※資格喪失日は申出書が受理された日の属する月の翌月1日となります。										

サンスター健康保険組合 届出用

【添付書類】

新しく取得した健康保険被保険者証(写)を添付してください。

【被保険者証等のご返却】

- 資格を喪失するときは、この届出にご家族分を含め健康保険被保険者証を添付してください。
 - 健康保険被保険者証を紛失し、添付できないときは「健康保険被保険者証滅失届」を添付してください。
- 《 高齢受給者証・限度額適用認定証の交付を受けている方は併せて返却してください。 》