

常務理事	事務長	係員

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

被保険者証	記号		番号		
被保険者氏名		性別	男□ 女□	生年 月日	昭和□・平成□ 年 月 日
資格喪失申請の理由					

申請理由について、ア・イ どちらか該当するものにレ点を付けてください。

ア□ 他の健康保険（各種共済組合を含む）の被保険者資格を取得したため

①健康保険組合の名称 ()

②資格取得年月日 (令和 年 月 日)

※①と②は新しく加入した健康保険組合について、正確にご記入ください。

イ□ 任意での資格喪失を希望するため

「健康保険資格喪失証明書」の交付を • 希望します□ • 希望しません□

※どちらかにレ点を付けてください。どちらにもレ点がついていない場合は、希望しないものと判断します

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

任意継続被保険者

(申請者)

氏名

電話番号（自宅）

— —

電話番号（携帯）

— —

※電話に出られない場合には、留守応答設定をお願いします。

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

(注1) 申請理由が「ア」の方は、この申請書に任意継続被保険者証（被扶養者分も含む）を添付してください。

(注2) 申請理由が「イ」の方は、資格喪失後に任意継続被保険者証（被扶養者分も含む）を返納してください。

(注3) 任意継続被保険者証を返納する際は、簡易書留等、追跡調査ができる方法でご郵送ください。

郵送にかかる費用はご本人負担となります。

健保受付日付印