

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年 昭和 <input type="checkbox"/> ・平成 <input type="checkbox"/> 月 日 年 月 日
資格喪失申請の理由				
<p>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。</p> <p>ア<input type="checkbox"/> 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</p> <p>①健康保険組合の名称（ ）</p> <p>②資格取得年月日（令和 年 月 日）</p> <p>※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。</p> <p>イ<input type="checkbox"/> 任意での資格喪失を希望するため</p> <p>「健康保険資格喪失証明書」の交付を ・希望します<input type="checkbox"/> ・希望しません<input type="checkbox"/></p> <p>※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</p>				
<p>上記の通り申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所 任意継続被保険者 氏名 (申請者)</p> <p>電話番号（自宅） - -</p> <p>電話番号（携帯） - -</p> <p>※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。</p> <p>住友ファーマ健康保険組合理事長殿</p>				

(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