

| | |
|-----|----------|
| 受付日 | 令和 年 月 日 |
| 処理日 | 令和 年 月 日 |

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| | | | |

中越パルプ工業健康保険組合 御中

健康保険 任意継続被保険者資格喪失 申出書

■ 被保険者（申請者）

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報 | 被保険者証の 記号 6 0 0 番号 (右詰め) | 資格取得年月日 令和 年 月 日 |
| | 氏名 (フリガナ) (自署) | 生年月日 □昭和□平成□令和 年 月 日 |
| | 住所 (〒 -) 都道府県 | (TEL - -) |

下記の事由に該当するため、次のとおり届出ます。

■ 喪失事由

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 喪 失 事 由 | 届出日 | 令和 年 月 日 |
| | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 ⇒新しい被保険者証の資格取得日を記入 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 再就職先で他の医療保険の被保険者資格を取得したため | |
| | 勤務先名称 | |
| | 勤務先住所 | (〒 -) 都道府県 (TEL - -) |
| | 入社日（資格取得日） | 令和 年 月 日 |
| | 健康保険組合又は 社会保険事務所名 | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため | |
| | 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 |
| | 資格取得日 | 令和 年 月 日 |
| ※ 被保険者本人が亡くなられた場合は、この申出書の提出は必要ありません。 埋葬料（費）を請求する際に、被保険者証等は返納ください。 | | |
| ※ 被保険者証を滅失した場合は、摘要欄にその旨記入し、別途届出が必要です。 | | |
| 摘要欄 | | |

【添付書類】

- 中越パルプ工業健康保険組合の被保険者証（被保険者、被扶養者全て）
- 就職の場合、資格取得証明書（記号・番号は記載不要）または、新被保険者証コピー
記号・番号部分はマスキングのこと。
- 高齢受給者証、限度額適用認定証等・・・交付を受けている方

受付日付

被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は本人確認、個人番号確認をするための添付書類が必要です。

備考欄