日本製鋼所健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者

資　格　喪　失　届

※当健保組合の任意継続の脱退を希望する時に提出

年　　月　　日

被保険者記号･番号		氏名	
被保険者住所			
資格喪失理由	1．就職　（再就職日　　令和　　年　　月　　日）		
	2．死亡　（死亡年月日　令和　　年　　月　　日）		
	3．その他（　　）		

※　健保記入欄

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

1．この届出書は、再就職及び死亡、当健保脱退希望の際にご記入のうえ、健保組合へ提出して下さい。

2．再就職された方は就職先での健康保険資格取得日が確認できる書類を添付下さい。
（例：資格取得日が確認できる「資格情報のお知らせ」/「資格確認書」/雇用契約書　等の写し）
又、再就職先が健保組合の適用除外である場合は、3.その他の欄に「健保組合適用除外のため国保に加入」と追記して下さい。

3．死亡の場合は、死亡日が確認できる物を添付して下さい。（死亡診断書の写し等）

4．再就職・死亡以外の理由で、任意継続の脱退を希望する場合は、資格喪失理由を「3．その他」にご記入ください。

5．資格喪失の際には、健康保険証/資格確認書/高齢受給者証　等、有効な証関係は被保険者・被扶養者分全てご返却下さい。なお、資格喪失後は当健保組合の健康保険証/資格確認書は使用できませんのでご注意下さい。

※ 本書に記載されている情報は、この目的のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
また、健保への送付時本情報が他人の目に触れないようご注意ください。

連絡先　：　〒141-0032
東京都品川区大崎１－１１－１
ゲートシティ大崎ウエストタワー
日本製鋼所健保組合　東京オフィス
℡　０３－５７４５－２０３５
Fax　０３－５７４５－２０３３