

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

任意継続被保険者
資 格 喪 失 届

※任意継続を脱退する時に提出

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. 再就職及び死亡、当健保脱退希望の際は、この用紙に記入のうえ提出して下さい。
2. 再就職された方は就職が確認できる物を添付下さい（就職先の保険証の写し又は雇用契約書の写し）
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. 健康保険証も一緒にご返却下さい。なお、資格喪失後は当健保組合の保険証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
Tel 03-5745-2035
Fax 03-5745-2033