

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	健康保険証の 記号・番号	2 0		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒 —			
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 ・ 携帯 ()			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

喪失事由（ア～ウのいずれかを○で囲んでください。）

- ア． 他の健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため
（再取得日に資格を喪失）
- イ． 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
（75歳の誕生日の当日に資格を喪失）
- ウ． 申出により任意継続被保険者を喪失したため
（申出書が受理された日の属する月の翌月1日に資格を喪失）

※喪失事由がアの方のみ、再取得した保険証の写しを貼付してください。

摘
要
欄

- 資格喪失後は、大阪金属問屋健康保険組合で発行した健康保険証（被保険者・被扶養者全て）を返却してください。
- 交付している方のみ、高齢受給者証、限度額適用認定証等も返却してください。