

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

下記の「喪失事由」により任意継続から脱退される場合は、この申出書をワコール健康保険組合にご提出ください。

ワコール健康保険組合理事長 殿

被保険者証	記号	88	番号	保険証に記載の 4桁の番号	提出日	令和 99年 99月 13日
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ		生年月日	昭和 平成	57年 3月 17日
住所	〒 999-9999					
	〇〇県〇〇市〇〇町12-34					
	電話番号 (日中の連絡先)					080 (9999) -9999
喪失事由	1. 再就職等により他の健康保険に加入したため 2. 再就職等により船員保険に加入したため 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため (国民健康保険への加入、被扶養者として加入) 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 5. 被保険者が死亡したため 亡くなられた被保険者氏名					
資格喪失年月日	令和 99年 99月 1日					

被
保
険
者
記
入
欄

※該当の番号に
○を付けてくだ
さい。

自署

選択した喪失事由により喪失年月日
が異なります
該当の喪失事由の年月日をご記入
ください。

申請書に添付していただくもの

- ① ワコール健康保険組合の被保険者証
- ② 新しく取得された被保険者証のコピー
- ③ 高齢者受給者証 (ワコール健康保険組合より交付を受けている場合のみ)
- ④ 限度額適用認定証 (ワコール健康保険組合より交付を受けている場合のみ)
- ⑤ 特定疾病療養費受領証 (ワコール健康保険組合より交付を受けている場合のみ)

※扶養家族がおられる場合ワコール健康保険組合より交付を受けておられる上記の証を併せて添付をお願いいたします

常務理事	事務長	担当者

受付日付印