|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 |  |  |  |  | 係　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書**

この申出書は、現在高砂鐵工健康保険組合に加入している任意継続被保険者が就職により他の被用者保険（健康保険・船員保険・共済組合）に加入したため、任意継続被保険者資格の喪失を申し出るときに使用するものです。

就職以外の理由でこの申出書を提出しても任意継続被保険者資格を喪失することはできません。

**■任意継続被保険者情報記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任意継続被保険者証の記 号 番 号 お よ び 氏 名 | 15　　－ | （氏　名） | ㊞ |
| 被保険者の生年月日 | 昭和　・　平成　　　 　 　年　　　　　月　　　　　日 | |  |

**■新たに取得した健康保険（または船員保険）情報記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 再 取 得 し た 健 康 保 険 (または船員保険)の名称 |  |
| 適 用 事 業 所 ( ま た は船 舶 所 有 者 ) の 名 称 |  |
| 資格取得年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 【備　考】 |  |

○この申出書を以下の添付書類と一緒に当健康保険組合宛に提出してください。

【添付書類】

１．任意継続被保険者の被保険者証 (注１) (被扶養者分含む)、高齢受給者該当の場合は高齢受給者証

２．新たに取得した被保険者証のコピー（被保険者本人分のみ下の欄に貼付してください。）

注１: 任意継続被保険者の被保険者証は、自分で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。

受付日付印

新たに取得した

被保険者証のコピー

貼付位置

【提出先及び問い合わせ先】

　〒175-0081　東京都板橋区新河岸1-1-1

　高砂鐵工健康保険組合

TEL.03-3934-4320

（令和2年4月改訂）