

常務理事	事務長		係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	記号－番号	8 0 0 0 -
	被保険者名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒 -
	電話番号	()

下記に該当するため、任意継続被保険者の資格喪失を申出ます。

資格喪失年月日 令和 年 月 日

喪失事由（該当するものを○で囲んでください）

1. 他の健康保険（船員保険）の被保険者資格を取得したため
※再取得した健康保険証の写しをご提出ください
2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため

摘 要 欄	
-------------	--

◇大阪工作機械健康保険組合が発行した健康保険証（被保険者・被扶養者すべて）はこの申出書と一緒に返却してください。（喪失事由3を除く）

◇交付している方のみ、高齢受給者証・限度額認定証等を返却してください。