

# 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

タカラスタンダード健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

任意継続被保険者の記号・番号	記号	90	番号	
被保険者氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
住 所	〒 _____			
電話番号	( ) _____			

就職された方 ※新たに健康保険の資格を取得した方

新たに加えた健康保険等の名称	
事業所の名称	
資格取得年月日	年 月 日

申出により任意継続を喪失したい方

喪失理由 (いずれかに○)	1. 国保加入 2. 家族の扶養 3. その他 ( )
資格喪失日	年 月 1 日

※申出により任意継続を喪失する場合は、申出日の翌月1日が資格喪失日です。

**【ご注意】 資格喪失後の受診は医療費を返還していただくことになります**

《送付先》

〒536-8536 大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1  
タカラスタンダード健康保険組合  
TEL 06-6962-0961

※以下、健康保険組合使用欄

常務理事	事務長	担 当	担 当

受 付 印