

# 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

令和 年 月 日

|                 |             |    |    |  |
|-----------------|-------------|----|----|--|
| 任意継続被保険者証の記号・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 (保険証で確認) | 令和 年 月 日 |

※当健康保険組合の保険証は速やかに返却願います (新たに資格を取得した日の前日まで使用可)

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         | 令和 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。

※当健康保険組合の保険証は、資格喪失日以降に速やかに返却してください。

## ■ 添付書類 ■

- ①当健康保険組合の保険証 (家族のある方は、家族分の保険証を含む)
- ②就職された方は新たに加えた健康保険等の保険証のコピー

**【ご注意】資格喪失後は当健康保険組合の保険証は使用できません。誤って使用した場合、医療費を返還していただくこととなりますのでご注意ください**

《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 |
|       |