

## 任意継続被保険者

## 資格喪失申出書

健康保険組合			
常務理事	事務長		担当者

《届出先》 〒100-0004  
東京都千代田区大手町1丁目6番1号  
大手町ビル 5階  
三菱地所健康保険組合 御中

\* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者証		被保険者氏名	被保険者生年月日
記号	番号		
198			昭和 平成 年 月 日
(番号に○をつけてください) ↓		資格喪失理由	添付書類
1	就職し他健保の被保険者となったため 資格取得日: 令和 年 月 日		① 就職先の「健康保険証」または「資格取得証明書(通知)」のコピー ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
2	65歳以上で障害認定を受けたことにより、後期高齢者医療広域連合の被保険者になったため 資格取得日: 令和 年 月 日		① 新しい保険証のコピー ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
3	死亡したため 死亡日: 令和 年 月 日		① 「埋葬料請求書」 ※添付書類は健保へ問い合わせ下さい。 ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
4	申し出 健保が本申出書を受理した日が属する月の翌月1日 例)11/1受理→12/1喪失		① 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ② 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
上記理由により任意継続被保険者の資格を喪失した事を申出ます。			
令和 年 月 日			
三菱地所健康保険組合 御中			
被保険者 住所 (本人死亡時は申請者) 氏名			
資格喪失年月日(健保にて記入)		令和 年 月 日	

※本申出書と共に三菱地所健康保険組合の保険証をご返送ください。