

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当

## 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、期間満了以外の理由によりその資格の喪失を申し出る時に使用するものです。  
資格を喪失するまでは保管いただきますようお願い申し上げます。

いすゞ自動車健康保険組合 御中

太枠内を全て記入してください

記号・番号	記号	110	番号		提出日	年	月	日
(フリガナ)					性別	生	年	月 日
氏名					男・女	年	月	日
住所	〒 -							
電話	自宅				携帯			

（該当する項目を記入してください）	資格喪失年月日	年	月	日	※新しい健保に加入した日 または 後期高齢者医療制度に加入した日 または 死亡した日の翌日 ※任意脱退の場合は記入不要				
	<input type="checkbox"/> 新しく健康保険の被保険者資格を取得したため					<下記を添付して送付してください> ・新しく加入した健康保険の資格確認書、または資格情報のお知らせのコピー（被保険者分のみ） ・いすゞ健保の資格確認書（持っている方のみ） ・限度額適用認定証、高齢受給者証（持っている場合のみ）			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					<下記を添付して送付してください> ・後期高齢者資格確認書、または資格情報のお知らせのコピー ・いすゞ健保の資格確認書（持っている方のみ） ・限度額適用認定証、高齢受給者証（持っている場合のみ）			
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため					<下記を添付して送付してください> ・死亡年月日がわかる書類のコピー ・いすゞ健保の資格確認書（持っている方のみ） ・限度額適用認定証、高齢受給者証（持っている場合のみ）			
	<input type="checkbox"/> 任意脱退を希望するため					※喪失年月日は、この申出書が健康保険組合に届いた日の翌月1日です。 ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※喪失日を過ぎたら、 <b>健康保険資格喪失証明書</b> と 資格確認書（持っている方のみ）返却のご案内等をお送りします。			

・当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

<送付先>

〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地 いすゞ自動車健康保険組合 任意継続担当

R8.1/15