

常務理事	事務長	担当者

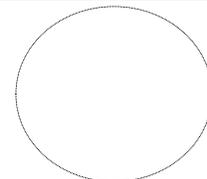
健康保険 任意継続被保険者
資格喪失申出書

令和 年 月 日提出

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合御中

被保険者	記号	99	氏名		男	
	番号		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	女
	マイナンバー					
	現住所	〒 () TEL ()				
	住民票の住所	※現住所と同じ場合は「同上」で可				
資格喪失の理由	<p>1. 健康保険または船員保険等の被保険者資格を取得したため</p> <p>(1) 取得した健康保険等の被保険者等の記号番号 記号 番号</p> <p>(2) 就職先等適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称： 所在地：</p> <p>(3) 資格取得年月日 令 年 月 日</p> <hr/> <p>2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号 番号</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称： 後期高齢者医療広域連合</p> <p>(3) 資格取得年月日 令 年 月 日</p> <hr/> <p>3. 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合(R4年1月1日法改正対応)</p> <p>(1) 申出年月日 令 年 月 日 資格を失うのは、申出が受理された日の属する月の末日が到達したとき</p> <p>(2) 健保組合受理日 令 年 月 日</p>					
資格喪失年月日	令和 年 月 日					

- 注) 1. 資格喪失理由欄は「1」「2」「3」のいずれかを○で囲み必要事項を記入して下さい。
2. 資格喪失年月日は新たに資格を取得した年月日と同日となります。
3. 新たに健康保険等の資格を取得した場合は、加入先から交付される「資格情報のお知らせ」(または「資格確認書」)のコピー、もしくはマイナポータル情報の印刷(加入先・資格取得日が確認できるもの)を添付して下さい。



<R061202>

記入例

常務理事	事務長	担当者
記入不要		

健康保険 任意継続被保険者
資格喪失申出書

赤字部「記入必須」

令和 ○ 年 △ 月 × 日提出

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合御中

被保険者	記号	9 9	氏名	健康 太郎	男
	番号	1234	生年月日	昭和 ○年 ×月 △日生 平成 令和	女
	マイナンバー	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0			
	現住所	〒 123 - 4567 TEL 0123-456-789 〇〇県△△市※※1-1-1 %マンション111号室			
	住民票の住所	☆☆都◇◇区¥¥1-2-3 \$\$タワー801号室			※現住所と同じ場合は「同上」で可
資格喪失の理由	<p>3. 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合</p> <p>(1) 申出年月日をご記入ください。</p> <p>(2) 健保組合受理日は記入不要です。</p> <p>※3月中に健保必着。書類が4月に到着してしまいますと、資格喪失日が「健保組合に受理された日の属する月の末日が到達したとき」のため、5月1日になります。郵便事情を考慮のうえ、ご提出をお願いします。</p>				
	<p>3. 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合(R4年1月1日法改正対応)</p> <p>(1) 申出年月日 令和 ○ 年 △ 月 × 日 資格を失うのは、申出が受理された日の属する月の末日が到達したとき</p> <p>(2) 健保組合受理日 令和 年 記入不要</p>				
資格喪失年月日	令和 年 記入不要				

注) 1. 資格喪失理由欄は「1」「2」「3」のいずれかを○で囲み必要事項を記入して下さい。
2. 資格喪失年月日は新たに資格を取得した年月日と同日となります。
3. 新たに健康保険等の資格を取得した場合は、加入先から交付される「資格情報のお知らせ」(または「資格確認書」)のコピー、もしくはマイナポータル情報の印刷(加入先・資格取得日が確認できるもの)を添付して下さい。

