| 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 | 9 9 | 氏　名 | | 男 |
| | 番　号 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日生 | 女 |
| | マイナンバー | | | | |
| | 現住所 | 〒　　ー　　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 | | **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**<br>（1）取得した健康保険等の被保険者等の記号番号<br>記　号　　番　号<br>（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<br>名　称：<br>所在地：<br>（3）資格取得年月日<br>令　　年　　月　　日 | | | |
| | | **2.　後期高齢者医療制度の被保険者となったため**<br>（1）後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号<br>番　号<br>（2）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称<br>名　称：　　後期高齢者医療広域連合<br>（3）資格取得年月日<br>令　　年　　月　　日 | | | |
| | | **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)**<br>（1）申出年月日<br>令　　年　　月　　日<br>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<br>（2）健保組合受理日<br>令　　年　　月　　日 | | | |
| 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」のいづれかを〇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〉