

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

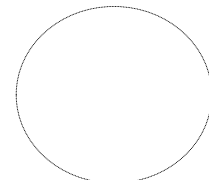
令和 年 月 日提出

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	〒 一 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証の記号番号 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証の被保険者番号 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)

- 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。
- 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。
- 新たに資格を取得した保険証のコピーを添付してください。



<R51208>