

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

■被保険者欄

被保険者証の 記号番号	999 -	氏名	
生年月日	昭和・平成	年	月 日

■資格喪失の事由(該当する番号を○で囲んでください)

1. 被保険者本人の申し出による(申出が受理された月の翌月の1日に任意継続資格喪失)	
※被保険証は喪失日以降に返却してください ※申出後に取り消しができませんのでご注意ください	
2. 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (資格取得日に任意継続資格喪失)	
健康保険(船員保険)の 名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日 ※新しい保険証の写しを添付してください
3. 死亡した(死亡の翌日に任意継続資格喪失)	
死亡年月日	令和 年 月 日 ※埋火葬許可証の写し、死亡診断書の写し、戸籍謄本 など、死亡日の確認ができる書類を添付してください

○ 注意

任意継続の被保険者証(被扶養者分含む)と、高齢受給者証・限度額適用認定証等(交付を受けている場合)を返却してください。

※被保険者証等を紛失してしまった場合は、「健康保険被保険者証紛失届」等の提出が必要となりますので、当健康保険組合へお問い合わせください。(TEL06-6125-1200)

【提出先】

〒541-0053 大阪市中央区本町 2-1-6

大阪府石油健康保険組合 業務課 4.8

受付日付印