

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

記 号	番 号	被保険者氏名	生 年 月 日	被 保 険 者 証
			☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	① 1. 添付 2. 返納不能 3. 滅失 4. 資格喪失後に返納 ※国保加入の方

資 格 喪 失 の 事 由	住 所
資 格 喪 失 年 月 日(次の健康保険加入日) 令和 年 月 日	〒
② 1. 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 (1) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) (2) 記号・番号 (-) (3) 保険者名〔健康保険組合名〕() 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) 3. 国民健康保険の被保険者資格を取得するため 4. 家族の扶養に入るため (1) 記号・番号 (-) (2) 保険者名〔健康保険組合名〕() ※3,4を選択の方⇒資格喪失日は申出書を受理した日(健保到着日)の属する月の翌月1日となります。	TEL:
	備 考
	③ 資格喪失証明書 1. 要 ・ 2. 不要
令和 年 月 日 申請	

〈記入上の注意〉

- 1.①②③は該当の番号を○で囲んで下さい。
2.②で3, 4を選択した場合、申出後の取消は原則認められません。
3.国民健康保険の被保険者資格を取得する方は、国民健康保険へ加入する前月までに提出をお願いします。

【申請方法】メール、FAX、郵送のいずれかで申請をお願いします

mail: kenpo.tokyo@comsys.co.jp
fax : 03-3448-7167
郵送: 〒141-8647 東京都品川区東五反田2-17-1
コムシスホールディングス健康保険組合

受 付 日 付 印