

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者情報			
記号	番号	被保険者氏名	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
201	123456	大崎 健保	
住所		生年月日	
〒 141-8647 東京都品川区東五反田2-17-1 電話番号:03-3448-7285		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年 ○○月 ○○日	
資格喪失証明書： ① 要 ② 不要 ② 該当の番号に○			
※新たな就職先の健康保険へ加入の場合は概ね不要です 該当の番号に○			
資格確認書の返却： ① 添付 ② 滅失 ③ 資格喪失後に返納 ④ 期限切れのため自己破棄			
資格喪失の事由			
該当の番号に○ ①～③の該当箇所に内容を記入			
① 新たな就職先の健康保険へ加入 ◇ 資格取得年月日 (令和 ○○年 ○○月 ○○日) ◇ 記号・番号 (1234-567890) ◇ 保険者名、健康保険組合名 (ABC健康保険組合) ①の場合は就職先の健康保険組合の資格情報を記入			
② 国民健康保険へ加入 ◇ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)			
③ 家族の扶養に入るため ◇ 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ◇ 記号・番号 () ◇ 保険者名、健康保険組合名 ()			
※ ②もしくは③の方は、資格喪失日は申出書を受理した日(健保到着日)の翌月1日となります			
令和 年 月 日 申請 発送日			

<注意事項>

- ◆ 申出後の取り消しは原則認められません
- ◆ 国民健康保険へ加入の方は、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

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
