

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

志村化工健康保険組合 理事長殿

年 月 日

このたび、就職により他の被用者保険（健康保険・船員保険）に加入したため、貴組合の任意継続被保険者資格を喪失するにあたり、新たに取得した資格情報のおしらせ等資格取得がわかるものの写しを添付し、当申し出を提出します。

◆新たに加入した健康保険（または船員保険）情報の記入欄

新たに加入した健康保険の名称	
事業所の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日
備 考	

◆志村化工健康保険組合の任意継続被保険者情報の記入欄

任意継続被保険者の記号・番号	記号 99 一 番号
氏 名	印
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	〒
電話番号	

※この申出書、下記書類と一緒に当健康保険組合にご提出ください。

①当健康保険組合が発行した任意継続資格確認書（ご家族分を含む全員分）。
高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている方は、一緒にご提出ください。

②新たに取得した資格情報のお知らせ等資格確認のわかるもの（被保険者分のみ）のコピー。

＜提出先＞

志村化工健康保険組合 〒170-0002 東京都豊島区巣鴨4丁目22番23号奥富ビル3階
電話03-6903-6631