常務理事		課　長	課長補佐	係　長	担 当 者

健康保険　任意継続被保険者資格喪失申請書

平成　　年　　月　　日提出

被保険者証カードの記号・番号		被保険者の氏名	被保険者の生年月日	資格喪失年月日(※)	被保険者証カード回収区分
２０		㊞	大正　年　月　日 昭和 平成	平成　年　月　日	1.添　付(　　枚) 2.返不能(　　枚) 3.滅　失(　　枚)

資格喪失の原因	連絡先（喪失原因が２の場合は申請者名も明記）
１．就職により、健康保険・共済組合等の被保険者資格を取得 ・新たな保険証の記号番号〔　　〕 ・資格取得年月日　〔　　年　　月　　日〕 ⇒ 当組合の保険証カードと新しい保険証のコピーを添付してください。 ２．被保険者が死亡したため ・亡くなった日　〔　　年　　月　　日〕 ⇒ 当組合の保険証カードを添付してください。	〒　　－ TEL　　(　　) 備考(※)

◇必要事項を記入し、該当する項目に○をしてください。(※)欄は記入不要です。

◆新たな「資格取得年月日」以降、医療機関で診療を受ける(受けた)場合は必ず「新しい保険証」を提示しなければなりません。
任意継続の資格で医療機関にかかった場合は無資格診療となり、後日あなたへ診療費の返還請求を行うことがあります。

受付日付印

旅行業健康保険組合