健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

受　付	登　録

常務理事	事務長		担　当

被保険者等	記号	50	被保険者氏名	年　月　日生
	番号			
住所	〒　－ 電話番号　（　）			
資格喪失年月日	令和　年　月　日	＊①は下記の資格取得日 ②はこの申出書が受理された翌月1日		
資格喪失の事由 ＊番号へ〇を記入ください	①　健康保険の被保険者資格を取得したため（就職等） ・資格取得年月日（令和　年　月　日）			
	②　資格喪失を希望するため			

上記の事由に該当するため、申出をいたします。

令和　年　月　日

東邦ガス健康保険組合 常務理事　殿

氏　名

・太枠内をすべて記入ください。
・この申出書に以下のものを添付して提出ください。
〇東邦ガス健康保険組合の「健康保険被保険者証」または「資格確認書」
（喪失日以降にご返却ください）
注）・家族を含めすべての「健康保険被保険者証」または「資格確認書」をご返却ください。
・高齢受給者証や限度額認定証等、健康保険組合から発行している証書もご返却ください。
・「資格情報のお知らせ」はご自身で破棄してください。
〇再就職等で新たに取得した「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」の写し