

常務理事	事務長	所属長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 理事長 殿

被保険者証の 記号・番号	1695-	被保険者 氏名	
住 所	〒  電話 ( )		

下記のとおり申し出をします。

資格喪失の事由 ※ア～エのいずれか を「○」で囲み、ア～ウ の場合は、日付を 記入してください。	ア	就職先等で新たに健康保険を取得したため（新しい保険証の写し添付） 資格取得年月日（令和 年 月 日） ←保険証に記載されています ※山崎製パンに復職の場合：事業所名（ ）
	イ	後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日（令和 年 月 日）
	ウ	被保険者が死亡したため（死亡した日：令和 年 月 日）
	エ	この申出書が受理された日の属する月の翌月1日に資格喪失を希望するため （申出の取り消しは、当組合でこの申出書を受理した後は原則として認められません）

申出代行者	氏名		被保険者 との続柄	
※被保険者が死亡の 場合に限りです。	住 所	〒  電話 ( )		

### 【添付書類】

- 任意継続の保険証（全員）  
ただし、資格喪失事由が「エ」の場合は、資格喪失後に返却してください。
- 就職先等で新たに健康保険を取得した場合  
・新たに取得した保険証の写し  
※山崎製パンに復職の場合は不要です。
- 死亡の場合  
・死亡診断書または埋葬許可証の写し

決裁印	確認印	受付印