

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

常務理事	事務長	リーダー	担当者

◆脱退を希望される任意継続被保険者の方は、速やかにこの申請書を武田薬品健康保険組合へご提出ください。

申請者情報欄	任意継続被保険者記号・番号			生年月日（年齢）		
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 (年齢 歳)	年	月
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 平成	年	月
	電話番号 (日中の連絡先)	()		<input type="checkbox"/> 令和	年	月
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
					都 道 府 県	

再就職先の事業所所在地		
再就職先の事業所名称		※再就職で脱退される方のみ、ご記入ください。

資格喪失申請の理由	該当する番号を○で囲み () 内にご記入ください。
	<p>1. 他の健康保険（各種共済組合を含む）の被保険者資格を取得したため</p> <p>① 再取得後の資格情報のお知らせ等の記号・番号 ()</p> <p>② 資格取得年月日 (年 月 日)</p> <p>2. 船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>① 船員保険の資格情報のお知らせ等の記号・番号 ()</p> <p>② 資格取得年月日 (年 月 日)</p> <p>3. 上記 1、2 以外の理由で脱退を希望するため</p> <p>喪失理由が 3 の場合、資格喪失日はこの申請書を健保組合が受理した日が属する月の翌月 1 日。</p>

【添付書類】

以下の書類を添付してください。

- 任意継続被保険者証・資格確認書（被扶養者分を含む）をご返却ください。なお、資格喪失申請の理由が「3」の場合、申請書送付時に被保険者証・資格確認書の添付は不要です。喪失日以降にご返却ください。
- 再就職で脱退される方は、再就職先の資格情報のお知らせ等の写し（被保険者分のみ）を添付してください。
- 限度額適用認定証、高齢受給者証をお持ちの方は、あわせてご返却ください。

【申請者等送付先】

〒541-0045 大阪市中央区道修町 2 丁目 3 番 8 号 武田北浜ビル 7 階
武田薬品健康保険組合 宛

—健保組合処理欄—

資格喪失年月日：	年	月	日
被保険者証・資格確認書	回収：		
資格情報のお知らせ等の写し	確認：		
保険料返金：	有	・	無