

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

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（就職先の「資格情報のお知らせ」(写)添付） 資格取得年月日（令和 年 月 日） ←就職先の「資格情報のお知らせ」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 ※被保険者が死亡の場合に限ります。	氏名		被保険者との続柄	
	住所	〒 電話 ()		

【添付書類】

1. 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「資格情報のお知らせ」(写)もしくは「資格確認書」(写)

※ 山崎製パンに復職の場合は不要です。

2. 任意継続「資格確認書」をお持ちの方(全員)

※ 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。

決裁印	確認印	受付印

3. 死亡の場合

・死亡診断書または埋葬許可証の写し