

届書コード
2 3 2 0

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

① 被保険者等 記号・番号	9 9 9 0	任意継続被保険者資格喪失申出書				
② 被保険者 の氏名						
③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日生
⑤ 被保険者の住所	(郵便番号) _____	電話	—	—	—	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和 年 月 日

⑥ 資格喪失 の事由  ※ア、イ、ウのい ずれかを「○」 で囲み、ア、イ については再取 得後の被保険者 等記号・番号を 記入してください。	<b>ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため</b> (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号・番号 ( ) (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 ( ) 所在地 ( ) (3)資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )
	<b>イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため</b> (1)後期高齢者医療の被保険者等番号 ( ) (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 ( 後期高齢者医療広域連合 ) (3)資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )
	<b>ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</b>

※ 資格喪失年月日	令和 年 月 日
-----------	----------

○注意事項

- 太線内を記入してください。
- ⑥の資格喪失の事由がア、イの場合は交付されている全ての被保険者証等を添付してください。また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。申請事由がウの場合は、資格喪失通知書が届きましたら速やかに返還してください。
- ⑥の資格喪失の事由がア、イの場合は次に加入した資格情報のお知らせ等の写しを添付してください。
- ウは当組合で受付けた日の属する月の翌月1日で資格喪失となります。申出の取消はできません。
- ※は記載不要です。

○留意事項

- 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、当組合より「保険料還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ場合は、1ヶ月分の保険料が必要となりますので、保険料の還付はありません。

送付先・問合せ先

東京ニットファッション健康保険組合 適用課  
〒103-0004 東京都中央区東日本橋1-5-13  
TEL 03 (3861) 7295

受付日付印