

ここに、被保険者本人の「新しく加入した保険証の写し(表面)」を貼付してください。

常務理事	部長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 の	被保険者証 の記号番号	6000 -	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 -		自宅電話番号	-	-	
			携帯	"	-	-	
備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)						

資格喪失年月日	年	月	日	
資 格 喪 失 事 由 (該 当 項 目 に ✓ を し て く だ さ い。)	<input type="checkbox"/> 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			
	新しく取得した被保険者証の記号番号			
	適用事業所(船舶所有者)の	名称		
		所在地		
	資格取得年月日	年	月	日
資 格 喪 失 事 由 (該 当 項 目 に ✓ を し て く だ さ い。)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)			
	新しく取得した被保険者証の記号番号			
	後期高齢者医療広域連合の名称	() 後期高齢者医療広域連合		
	資格取得年月日	年	月	日

※ 大阪紙商健康保険組合が発行した「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」を添付し、「新しく加入した保険証の写し」を貼付(または添付)してください。

受付年月日

※ 資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きをしてお返します。