

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

■被保険者情報記入欄

記入日	令和 年 月 日		
被保険者証	記号	番号	生年月日
	20		昭和・平成 年 月 日
氏名			
住所	〒		
電話番号			

■資格喪失事由記入欄（該当事由に✓印をご記入ください。）

喪失事由	<input type="checkbox"/> 就職先にて健康保険の被保険者資格を取得したため ※新たに取得した健康保険の資格取得年月日確認のため、 下部に被保険者証のコピーを貼付願います。
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※資格喪失日は、この申出書が当組合にて受理された日の 属する月の翌月1日です。
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

※※再就職された方※※

資格取得年月日の確認のため、
こちらに新たに取得した
被保険者証のコピーを貼付願います。

（被保険者本人分のみでけっこうです。）

※就職先が、九州電力健康保険組合に加入している事業所の場合は、新しい被保険者証の記号・番号等をご記入いただくことにより、被保険者証のコピーの貼付は不要とします。

【新被保険者証】 記号： _____ 番号： _____

資格取得年月日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※保険料払込方法が郵便局口座振替で毎月払いの方は、振込停止作業のため、事前に当組合へご連絡をお願いします。（TEL：092-726-1605 任継担当）