専務理事	常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係

任意継続被保険者資格喪失申出書

①被保険者証の記号と番号	1----------					
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。

平成　年　月　日

⑥資格喪失の事由 ※ア、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	**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** (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 (　　) (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　(平成　年　月　日)
	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 (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 (　　) (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　(平成　年　月　日)
⑦摘要欄	

※	資格喪失年月日	平成　年　月　日

○注意事項

1．太線内を記入し、捺印をしてください。
2．交付されている全ての被保険者証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。
3．**再就職先の被保険者証等の写し**を添付してください。
4．※は記載不要です。

○留意事項

1．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。

受付日付印

送付先・問合せ先　東京貨物運送健康保険組合　資格課
〒160-0004　東京都新宿区四谷１－２３
℡０３（３３５９）８１６４