

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	健康保険証の 記号及び番号	2 0	
	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
	氏 名		印
	住 所	〒	—
	電話番号	自宅 ・ 携帯	()

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

喪失事由（ア～イのいずれかを○で囲み、摘要欄に再取得した保険証の写しを添付してください。）

- ア. 他の健康保険（船員保険）の被保険者資格を取得したため
- イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

※再取得した保険証の写しを貼付してください。（但し、後期高齢者は除く）

摘
要
欄

コピー添付欄

○大阪金属問屋健康保険組合で発行した健康保険証（被保険者・被扶養者全て）は、この申出書と一緒に返却してください。

○交付している方のみ、高齢受給者証、限度額適用認定証等を返却してください。