

<記入見本>

常務理事	事務長	担当
資格喪失日	令和 年 月 日	

健康保険 任意継続被保

記入日、保険証の番号、氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。

下記理由により、任意継続被保険者の資格を喪失し

記入年月日	令和 3 年 2 月 1 日		
記号	番号	被保険者氏名	生年月日
1000	1234	五反田 太郎	昭・平 40 年 1 月 1 日
住所	〒 141 - 0031		電話 03 ( 5719 ) 0123
	東京都品川区西五反田1-23-45		

下記に該当する番号に○をし、必要書類を添付してください。

資格喪失理由	添付書類
①. 就職して他保険に加入したため（就職日：令和 3年 2月 1日）	新しい保険証の写し ※入手後、郵送またはメールにて送付
2. 本人の申出による脱退 ※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失となります。（投函日ではなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1日） ※申出後に資格喪失を取り消すことは	添付書類は不要です。 （保険証は資格喪失後（翌月1日以降）に
3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
4. その他（	

該当する「資格喪失理由」の番号に○をし、  
てください。  
また、就職による理由の場合は、  
新しい保険証の写しを別途送付ください。

【保険証添付】※ご家族がいる方は別紙に貼り付けてください。

<b>健康保険 被保険者証</b>		本人（被保険者）	令和2年4月10日交付
	記号 1000	番号 1234	（枝番） 56
氏名	ゴウダ 太郎		性別男 ☐男☐女
生年月日	昭和40年 1月 1日		
資格取得年月日	令和 2年 4月 1日		QRコード
事業所所在地	喪失予定日 令和 4年 4月 1日		
事業所名	任意継続被保険者		
保険者所在地	東京都品川区西五反田 2 - 15 - 7		
保険者番号・名称	06138291	シーイーシー健康保険組合 TEL 03(5719)4741	

保険証を添付ください。  
※申出による脱退の場合は、保険証は添付しないでください。  
※扶養者がいる場合は別紙に