（大阪産業機械工業健康保険組合）

常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者等記号・番号	記号	２０	番号	
被保険者の氏名	フリガナ （氏）		（名）	
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日			
被保険者の住所	〒　　― 電話番号　　（　　）			

下記の事由に該当するため申出します。

資格喪失の事由	
ア～ウのいずれかを「○」で囲み、摘要欄に資格を取得した日が確認できる書類の写しを添付してください。 ア．　健康保険（船員保険等）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 ウ．　任意継続被保険者の資格喪失を希望するため ≪資格喪失日は健康保険組合がこの申出書を受理した日の属する月の翌月１日です≫	
摘要欄	※ 就職等で被保険者資格を取得した方は、「資格情報のお知らせ」などの写しを添付してください。 ※ 資格喪失を希望される方は、添付の必要はありません。 コピー添付欄

◆ 太枠内をすべて記入してください。
◆ 就職等で被保険者資格を取得された方は、この申出書に被保険者および被扶養者に交付されている被保険者証または資格確認書を添付のうえご提出ください。高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている方は、それらも併せてご提出ください。
◆ 資格喪失を希望されている方は、資格喪失日以降に、被保険者証または資格確認書を返納していただくため提出は不要です。

受付日付印

※ 被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

備考欄	