申請ルート：申請者(被保険者)→ミツトヨ健康保険組合

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失　申出書

ミツトヨ健康保険組合理事長 殿

被保険者	被保険者証記号	999	被保険者証番号		申請日	年　月　日
	氏名	氏	名		生年月日	年　月　日
	住民票住所	〒　－				
	電話番号	―　―				

該当する資格喪失事由を選択し、該当項目をご記入ください。

喪失理由	◯ (1)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新しく取得した健康保険(または船員保険)の被保険者証の記号番号	記号		番号	
	②新しく加入した健康保険の名称 (a,b,c欄のうち該当する欄にご記入ください)	a			健康保険組合
		b　全国健康保険協会			支部
		c			共済会
	③新しく加入した健康保険の資格取得年月日	年　月　日			
	◯ (2)後期高齢者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	番号			
	②都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	後期高齢者医療広域連合			
	③資格取得年月日	年　月　日			
	◯ (3)任意継続被保険者でなくなることを希望するため（国保加入、家族の被扶養者となる等）				

◎この申出書を以下の添付書類と一緒にミツトヨ健康保険組合に提出してください。

【添付書類】

1. 任意継続被保険者の被保険者証、高齢受給者該当の場合は高齢受給者証、限度額適用認定証がある方は限度額適用認定証（被扶養者分含む）
2. (1)(2)に該当の場合は、新たに取得した被保険者証のコピー（被保険者本人分のみ）
3. (3)に該当の場合

※喪失理由が「任意継続被保険者でなくなることを希望するため」の方は申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。資格喪失証明書は資格喪失日以降の送付となります。その際、返信用封筒を同封しますのでミツトヨ健康保険組合の保険証をご返却ください。

※申出書後に資格喪失を取り消すことはできません。

健保記入欄	喪失日：　年　月　日	常務理事	事務長	係	係	健保組合受付欄