

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日

常務理事	事務長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

① 健康保険被保険者証の記号番号		② 被保険者氏名		性別	男・女
記号	920	番号		③ 生年月日 昭・平 年 月 日	
④ 資格喪失年月日又は 資格喪失予定年月日			令和 年 月 日		
⑤ (番号を○で囲み必要事項を ご記入ください) 資格喪失の事由	1	保険料が納付期日までに納付されなかったため			
	2	健康保険の被保険者資格を取得したため (1) 取得した健康保険被保険者証の記号番号 () (2) 健康保険組合等の名称 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※新しくご加入の被保険者証コピーを添付してください			
	3	任意継続被保険者期間が満了したため			
	4	被保険者が死亡したため 死亡年月日 (年 月 日)			
	5	船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 船員保険の被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※新しくご加入の被保険者証コピーを添付してください			
	6	後期高齢者医療の被保険者等となったため			
⑥ 資格喪失証明書希望の有無		1. 要		2. 不要	
⑦ 被保険者証回収区分		1. 添付 (枚)		2. 滅失 (別途滅失届のご提出が 必要です)	

オートボックス健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

住所 〒

氏名

印

TEL

※ 自署の場合は押印の必要はありません

受付印

注意：加入者全員分の被保険者証（オートボックス健康保険組合）を
添付してください