

受 付	令和 年 月 日
決 定	令和 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)	1	保険料が納付期日までに納付されなかったため		
	2	任意継続被保険者でなくなることを希望する旨の申出が受理された日の属する月の末日が到来したため ※資格喪失申出書が当組合へ届いた日の翌月 1 日付で資格喪失します 任意継続被保険者でなくなることを希望します。 令和 年 月 日 氏名		
	3	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) ※新しく加入された健康保険の「資格情報のお知らせ」コピーを添付して下さい		
	4	任意継続被保険者期間が満了したため		
	5	被保険者が死亡したため 死亡年月日 (年 月 日)		
	6	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 (年 月 日) ※新しく加入された健康保険の「資格情報のお知らせ」コピーを添付して下さい		
	7	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 資格確認書 回収区分		1. 交付なし	2. 添付 (枚)	3. 滅失 (別途、滅失届のご提出が必要です)

オートバックス健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

住 所 〒 - -

氏 名

TEL - -

注意：被保険者証または資格確認書が交付されている場合は、交付されている
全員分を添付してください (希望喪失の場合は喪失日に別途郵送)

受 付 印