

被 保 険 者 ・ 届 出 者	被保険者	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和	年	月	日	
	記号					平成				
	992	被保険者 住所								
	番号									
	電話番号	携帯	-	-	自宅	-	-	-	-	

HOYA健康保険組合 理事長殿

 私は、自署により申請をいたしました。上記に がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

資 格 喪 失 事 由	資格喪失日	令和	年	月	日							
	右記の 1、2の いずれかを ○で囲み、 新しい 被保険者証 の 記号・番号等 を記入 してくださ い。	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) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号										
		保険者名称										
		記号		番号								
		(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地										
		名称										
		所在地										
		(3)		資格取得年月日		令和	年	月	日			
		上記以外 の場合	2 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）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記号番号									
	記号		番号									
(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称												
名称			後期高齢者医療広域連合									
(3)		資格取得年月日		令和	年	月	日					
3 任意脱退の申し出による <資格喪失日> 申出が受理された日（健保到着日）の属する月の翌月1日												
(1)		申出受理年月日		令和	年	月	日					

-- 健康保険組合使用欄 --

常務理事	事務長	係員	適用担当者	取得				喪失			
				令和	年	月	日	令和	年	月	日
被保険者証回収			被扶養者証回収				保険料還付日（振込）				
添付	令和	年	月	日	添付	枚	令和	年	月	日	金額
返不能					返不能	枚					
減失					減失	枚					

健保受付印

任意継続保険から国民健康保険へ移行する手続きについて

本申出が月末までに、健保に到着したときは、翌月1日付けにて、〈資格喪失〉できるという申請書です。

上記申請書に必要事項を記載、捺印の上、月末までに到着するように、下記へご提出ください。

月末までに到着しないときは、資格喪失日が伸びます。

上記以外の理由で資格喪失するときは、健保組合へご連絡ください。

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書 (施行規則第43条)

記入見本

被 保 険 者 ・ 届 出 者	被保険者	氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○	生年月日	昭和	年	月	日			
	記号					平成	*	*	*		*	*
	992	被保険者 住所	〒 *** - **** トドウフケンカラキサイシテクダサイ。 都道府県から記載してください。									
	番号											
○○○○	電話番号	携帯	*** - **** - ****	自宅	**** - **** - ****							

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、自署により申請をいたしました。

上記に がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

このページは提出不要です。

提出先	〒 164 - 8545
	東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス6階
	HOYA健康保険組合 松永