

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	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。	資格喪失日	令和	年	月	日				
		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		
		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				
上記以外 の場合	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。									
	番号		都道府県から記載してください。									
○○○○	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