

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

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、下記の事項に該当するため、

新規取得の保険証のコピー ( 枚)

HOYA健保の保険証 ( 枚)

HOYA健保の高齢受給者証 ( 枚)

HOYA健保の限度額認定証 ( 枚)

HOYA健保の特定疾病受給者証 ( 枚)

を添付の上、次の通り申出をいたします。

 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					
	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					

## -- 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	令和	年	月	日
返不能					返不能	枚								
滅失					滅失	枚								

健保受付印

75歳の誕生日を迎え、任意継続保険から後期高齢者医療制度へ移行する手続きについて

被保険者様が75歳の誕生日を迎えたら、保険証・高齢受給者証等添付の上  
 被扶養者様がいるときは合わせて、保険証・高齢受給者証等添付の上  
 必要事項を記載、下記へご提出ください。

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	記号	氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○	生年月日	昭和	年	月	日		
	992				平成	*	*	*	*		
	番号	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。								
	電話番号	携帯	*** - **** - ****		自宅	**** - **** - ****					

HOYA健康保険組合 理事長殿

私は、下記の事項に該当するため、

新規取得の保険証のコピー ( 1 枚)

HOYA健保の保険証 ( 3 枚)

HOYA健保の高齢受給者証 ( 1 枚)

HOYA健保の限度額認定証 ( 0 枚)

HOYA健保の特定疾病受給者証 ( 0 枚)

を添付の上、次の通り申出をいたします。

- ・・・被保険者分
- ・・・被扶養者分も
- ・・・70歳以上の方
- ・・・入院等のときに発行したもの
- ・・・人工透析者など

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	*	*	*	*	*	*		
	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									
	右記に記入見本のように記入してください。									
	(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	住民票のある都道府県				後期高齢者医療広域連合					
(3) 資格取得年月日										
	令和	*	*	*	*	*	*	*	*	

75歳の誕生日

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