常務理事	事務局長	部　長	課　長	係　長	担当者

健　康　保　険　　任　意　継　続　被　保　険　者　　資　格　喪　失　申　出　書

被保険者等の記号番号	記号　20　　番号　5678		
被保険者の氏名	フリガナ　モクザイ　タロウ 木材　太郎	生年月日	昭和 43 年 8 月 10 日 平成
被保険者の住所	〒　135　－　0000 東京都江東区〇〇　×－×　〇〇マンション△△号室		
	電話番号　03　（　1234　）　5678		
	携帯電話　080　（　0000　）　0000		

下記の1から3の資格喪失事由により、任意継続の資格喪失の申出をいたします。

資格喪失事由（該当番号に〇印をご記入ください）		
	※健保使用欄　資格喪失年月日　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	
	資格取得（就職）した健康保険または船員保険被保険者等の記号番号	記号　9999　番号　99999
	適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称　東京都千代田区大手町〇-〇-〇 所在地　〇〇　株式会社
	資格取得年月日	令和　4　年　10　月　1　日
	2　後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	後期高齢者の健康保険被保険者等の記号番号	記号　番号
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 資格取得年月日	後期高齢者医療広域連合 令和　年　月　日
	3　任意継続被保険者でなくなることを希望するため	
被扶養者の有無		あり　（　）・　なし
備考欄		

東京都木材産業健康保険組合

受付日付印