

任意継続被保険者

**資格喪失申出書**

健康保険組合			
常務理事	事務長		担当者

<届出先> 〒100-0004  
 東京都千代田区大手町1番目6番1号  
 大手町ビル 5階  
 三菱地所健康保険組合 宛

\* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者証		被保険者氏名	被保険者生年月日
記号	番号		
198			昭和 平成 年 月 日
(番号に○をつけてください) ↓		資格喪失理由	添付書類
1	就職し他健保の被保険者となったため 資格取得日:平成・令和 年 月 日		① 就職先の「健康保険証」または「資格取得証明書(通知)」のコピー ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
2	65歳以上で障害認定を受けたことにより、後期高齢者医療広域連合の被保険者になったため 資格取得日:平成・令和 年 月 日		① 新しい保険証のコピー ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
3	死亡したため 死亡日:平成・令和 年 月 日		① 「埋葬料請求書」 ※添付書類は健保へ問い合せ下さい。 ② 当健保発行の「健康保険証」(被扶養者分も含む) ③ 該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」
上記理由により任意継続被保険者の資格を喪失した事を申出ます。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 三菱地所健康保険組合 御中 被保険者 住所 (本人死亡時は申請者) 氏名			
資格喪失年月日(健保にて記入)		平成・令和 年 月 日	

※本申出書と一緒に三菱地所健康保険組合の保険証をご返送ください。