

# 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

(被保険者記入欄 太枠内)

被保険者証	記号	990	番号	
①再就職先の	健保資格取得年月日 (入社年月日)	年 月 日		事業所名称
	保険組合名			事業所所在地
②加入された国民健康保険の管轄市町村 (例 千葉市国民健康保険)		国民健康保険		

上記のとおり申し出ます	
_____年 _____月 _____日	
申請者住所	〒 _____
申請者氏名	_____
電話番号	_____

(注意事項)

- 上記記入欄①又は②の該当するところを記入して下さい
- この申出書に以下の書類を添付してください  
富士石油健保から交付されている、被保険者証、  
高齢受給者証、限度額適用認定証、資格確認書、  
(被扶養者分も含み、すべて原本)
- 再就職された方は、新しく加入された健保組合の「資格確認書」  
または「資格情報のお知らせ」のコピーを添付してください  
(被保険者・被扶養者全員分)

(健保記入欄)

受付年月日	入力年月日	資格喪失年月日	年 月 日	(備考)
年 月 日	年 月 日	標準報酬月額	円	
		保険証回収日	年 月 日 枚	
		保険料の返還	有・無 年 月分 ~ 月分	