常務理事	事務長	庶務課長	業務係長	係

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証の記号番号	（記号）　（番号） 3000　－	生年月日	昭和 平成　年　月　日
	氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞		
	住　所	〒　－		
	電話番号	（　）		

資格喪失事由	資格喪失年月日	昭和 平成　年　月　日 （新しい被保険者証の資格取得日をご記入ください）
	ア、イのいずれかを○で囲んでください。	
	ア　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	
	イ　後期高齢者医療制度の被保険者となったため	

◎ **注意**

1. 新しい被保険者証の写しを添付してください
2. 任意継続被保険者証の被保険者証（被扶養者含む）と、高齢受給者証・限度額適用認定証等（交付を受けている場合）を返却してください。

　※ 被保険者証を紛失してしまった場合は「健康保険被保険者証紛失（滅失）届」の提出が必要となりますので、当健康保険組合へお問い合わせください。（TEL　06-6941-4635）

被保険者の個人番号記載欄 （被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です）	個人番号												

受付年月日

2018.6

西日本パッケージング健康保険組合