

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

兼松連合健康保険組合の任意継続被保険者の資格の喪失を申し出ます。

◎ 太枠をご記入下さい。

記号	500	番号		名前		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 ー						

※ 本人の希望により任意継続被保険者の資格を喪失される場合

《健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書》が当組合に到達した日の翌月1日が資格喪失日となります。
資格喪失証明書が必要な場合は《健康保険任意継続被保険者資格取得・喪失証明願》を同封してください。
資格喪失日以降に送付いたします。

★就職により被用者保険（健康保険・船員保険・共済組合）に加入のため

任意継続被保険者資格の喪失を申し出る場合、新たに取得した健康保険組合（または船員保険）の
情報をご記入のうえ、加入されました健康保険組合で発行されました「資格情報のお知らせ」又は
「資格確認書」のコピーを添付ください。

再取得した健康保険（または船員保険）の名称	
適用事業所（または船舶所有者）の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日
備考欄	

【提出先及び問い合わせ先】

〒541-0048

大阪市中央区瓦町二丁目6番9号大織健保会館2階

☎06-6231-1877

兼松連合健康保険組合