

受付年月日

常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

社員番号

被保険者証	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎				性別	男・女	
	91	12345	生年月日	昭和 平成	43	年	6	月	10	日
住民票 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府高槻市〇〇町1-1					TEL	***-***-***			
						携帯	***-***-***			

次のとおり届出します。

資格喪失年月日	令和 0 6 年 1 2 月 0 1 日
資格喪失の由 事	次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。
	① 健康保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 () - ()
	(2) 適用事業所の名称及び所在地 名称 () 所在地 ()
	(3) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	② 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため。 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()
	(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 () 後期高齢者医療広域連合
	(3) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	③ 死亡したため 令和 年 月 日
	④ 本人の申し出による喪失 資格喪失の申し出の日 令和 6 年 11 月 22 日
	※資格喪失日は申出書が受理された日の属する月の翌月1日となります。 例) 11月25日に申出書が健保に到着した場合、12月1日に資格喪失

サンスター健康保険組合 届出用

【添付書類】

就職した場合は就職先で資格取得した日がわかるものを添付してください。

例) 資格情報のお知らせ、資格取得証明書等（写）

【交付を受けている場合のみご返却】

資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証 等