

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

この申出書は、現在デクセリアルズ健康保険組合に加入している任意継続被保険者が就職により他の被用者保険（健康保険・船員保険・共済組合）に加入した際や、任意脱退を希望する際に、任意継続被保険者資格の喪失を申し出るために使用するものです。

<共通> 任意継続被保険者情報記入欄

任意継続被保険者の 記号番号および氏名	90 -	(氏名)
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日

<就職した場合>

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	

- この申出書を以下の添付書類と一緒に当健康保険組合宛に提出してください。
 - 任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分含む・令和6年12月1日以前に発行したもの）または資格確認書及び高齢受給者該当の場合は高齢受給者証
 - 新たに取得した資格情報のお知らせのコピー（被保険者分・被扶養者分を添付してください）

<任意脱退を申し出る場合>

任意脱退の希望意思 および申出日	任意脱退を申し出ます 令和 年 月 日 申出
喪失証明書の要・不要	要 ・ 不要

- 資格喪失日は、申出が当健康保険組合で受理された日の属する月の翌月1日となります。
申出書の受理後、受理通知を発送します。資格喪失後は被保険者証（令和6年12月1日以前に発行の場合）または資格確認書をすみやかに当組合へご返却ください。

【注意】 任意継続被保険者の被保険者証（令和6年12月1日以前に発行の場合）または資格確認書は、自分で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。万が一、これらをなくしてしまった或いは廃棄してしまった場合は、健康保険組合へご連絡ください。

受付日付印

【提出先および問合せ先】

〒104-0031
東京都中央区京橋 1-6-1 三井住友海上テプコビル 9F
デクセリアルズ健康保険組合
03-3538-1235

組合記入欄	喪失日	令和		年		月		日
-------	-----	----	--	---	--	---	--	---