

## 記入例

## 健康保險任意繼續被保險者資格喪失屆

住友ベークライト健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

任意継続 被保険者証の 記号・番号・氏名	記 号	番 号	氏 名
	99	××××	住 べ 太 郎 印
生 年 月 日	■昭和 ××年 ××月 ××日 □平成		
住所・電話番号	〒×××-×××× ××県△△市□□区○○ ×-×-×  TEL ×××-×××-××××		
資格喪失の理由 (該当にレを付け 必要項目を記載)	<div><div><input checked="" type="checkbox"/> 1. 就職による資格取得のため <input type="checkbox"/> 2. 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> 3. 保険料未納のため <input type="checkbox"/> 4. その他(具体的に記載)</div><div>就職先の保険証の資格取得日を記入 令和 ××年 ××月 ××日 死亡日を記入 令和 年 月 日</div></div>		
資格喪失証明書 (いずれかにレ点又は印)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <div>当健保発行の喪失証明書が必要な場合、□にレ点又は印を付けてください。</div>		
提 出 日	令和 ××年 ××月 ××日		
資格喪失年月日 ※健保記入	令和 年 月 日		

- ※ 健康保険者被保険者証及び、高齢者受給証(お持ちの方のみ)を添付して下さい。
- ※ 就職の場合、就職先の保険証(写)を添付して下さい。
- ※ 就職した場合は就職先の資格取得日が当組合の任意継続被保険者の資格喪失日となります。  
死亡した場合は死亡の翌日が資格喪失日となります。