

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者等 記号・番号	記号	1990	被保険者 氏 名		被扶養者 有 ・ 無 人
	番号				
			生年月日	(昭 ・ 平) 年 月 日	

下記の事由に該当するため、任意継続被保険者の資格喪失を申請します。

※該当する番号に○を付けてください。

1	脱退を希望します	令和 年 月 日
この申出書を健保が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日になります。		
喪失証明書が届き、新しい健康保険へ加入後、クラシエ健保の保険証(R6.12.1までに発行している方)、保険証に代わる資格確認書(R6.12.2以降発行)をお持ちの方は、ご返送下さい。		
2	就職により新たに健康保険の被保険者資格を取得したため	再就職先の資格取得年月日 令和 年 月 日
添付物:クラシエ健保の保険証(R6.12.1までに発行している方)、又は保険証に代わる資格確認書(R6.12.2以降発行をお持ちの方)、及び新しい保険の資格確認書(写し)もしくは資格情報のお知らせ(写し)		
3	被保険者が死亡したため	死亡年月日 令和 年 月 日
添付物:クラシエ健保の保険証(R6.12.1までに発行している方)、又は保険証に代わる資格確認書(R6.12.2以降発行)をお持ちの方は、ご返送下さい。		
備 考		

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合理事長殿

〒

申請者 住所
(被保険者)

氏名

電話

※被保険者死亡の場合： 被保険者との続柄()

提出先： クラシエ健康保険組合
〒541-0053大阪市中央区本町2-1-6堺筋本町センタービル2F
TEL 06-4705-9061 FAX 06-4705-9060