

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	健康 花子	被扶養者 有・無
	番号	123456			
			生年月日	(招) ・ 平) 41 年 1 月 1 日	1 人

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 7 年 1 月 6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 7 年 1 月 15日

クラシエ健康保険組合理事長殿

〒500-0000

申請者 住所 大阪市中央区本町〇-〇-〇
(被保険者)

氏名 健康 花子

電話 06-1234-5678

※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