常務理事	事務長	課　長	係

任意継続被保険者資格喪失申出書

記　号	番　号	被保険者氏名	生年月日
4199			□昭和 □平成 □令和　年　月　日

巨樹の会健康保険組合

資格喪失年月日	□令和　年　月　日	※下記事由が1又は2の場合 →新しく加入された保険制度等での資格取得日が当組合の健康保険の資格喪失日です。 ※下記事由が3の場合 →被保険者死亡日の翌日が当組合の健康保険の資格喪失日です。
保険者証回収区分	□ 添　付 → □ 被扶養者なし　1枚　・　□ 被扶養者あり（　　）枚 □ 滅　失 →「健康保険被保険者証滅失届」を併せて提出	
資格喪失事由（該当事項を✓で選択）	1 □	**再就職し、健康保険、船員保険、共済組合などの被保険者資格を取得したため** ①再取得後の記号番号 ［　　］ ②適用事業所等の名称及び所在地　名　称： 所在地：
	2 □	**後期高齢医者該当のため** ・都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 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 □	**被保険者本人死亡のため** ・死亡年月日 令和　年　月　日

※巨樹の会健康保険組合の健康保険証（ご家族分含む）を一緒に返納してください。

※健康保険証を滅失して返納できない場合は「滅失届」が必要となります。組合まで連絡ください。

受付日付印

※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、番号確認および本人確認のための添付書類が必要となります。

備　考	