常務理事	事 務 長	担 当 者

［記 入 例］

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書（申出）

当健保組合は、記号番号のみで申請して頂けます。
（マイナンバーで申請する場合には、本人確認書類・個人番号確認書類の提出が必要です）
※健保組合が本申請書を受理した日の翌月１日が資格喪失日となります。
※申請書提出前に、必ず当健保組合へ電話またはメールで、ご連絡下さい。
※申請日以降も月末までは在籍期間ですので、被保険者証はお使い頂けます。
本申請書とは別に資格喪失後５日以内に郵送等で健保組合にご返却下さい。

電話　０３－３４５４－２３２６
Email：morinagakenpo@morinaga.co.jp

= 記入箇所

保険証		マイナンバー記入欄 (記号番号を記入した場合は不要です)
記号	番号	
1999	○○○○	

フリガナ	○○○　○○○	生年月日
氏　名	○○　○○　　男・女	昭和・平成 ○ 年　○ 月　○ 日生

任意継続被保険者の資格喪失を申請致します。

令和　○　年　○　月　○　日

郵便番号　〒　○○○-○○○○

住　所　○○　都道府県　○○県○○市○○△丁目○

氏　名　○○　○○

電話番号　○○-○○○-○○○○　携帯番号　０９０-□□□□-□□□□

＊固定電話のない方は、携帯番号を記入下さい

健保使用欄

健保受付日	資格喪失年月日