

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	保険証の 記号番号	記号	3001	番号		
	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	□昭和 □平成 □令和
						年 月 日
	住 所	郵便番号	-	電話番号	()	

下記の事由に該当するため、次の通り申出します。

資格喪失年月日 <small>(新保険証の資格取得年月日)</small>	令和		年		月		日
資格喪失事由 <small>(1. 2. 3のいずれかを ○で囲んでください)</small>	<ul style="list-style-type: none">① 就職により他の健保組合で被保険者資格を取得した為② 後期高齢者医療制度の被保険者となった為③ 自己都合による申出（国保への切替等）喪失						
新保険証コピーの貼付 <small>上記 1. 就職による喪失の方は 就職先の新しい保険証コピーを 貼付けてください</small>							

提出先
〒450-8575 名古屋市中村区名駅四丁目9番8号
豊田通商健康保険組合 任意継続担当
MAIL: 1238-ninkei@dist.toyota-tsusho.com
TEL: 052-584-5053