

## 任意継続資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	申請日	年 月 日
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	
	3001			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	生年月日 年 月 日
	住所 (住民票)	〒			

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 (新保険証の資格取得年月日)	令和 年 月 日
資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 就職により他の健保組合で被保険者資格を取得した為 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となった為 <input type="checkbox"/> 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 上記 <u>就職による喪失</u> 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	

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](mailto:1238-ninkei@dist.toyota-tsusho.com)

TEL: 052-584-5053