

## 記入例

健康保険証に記載されている  
番号をご記入ください

## 任意継続資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024 年 4 月 1 日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	1234	5678			生年月日	
	住所 (住民票)		〒 〇〇〇-△△△△		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 6 月 1 日
愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△		住所は必ず住民票住所を記載ください				

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 6 年 4 月 1 日
資格喪失事由	<input checked="" 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 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	

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