

記入例

任意継続資格喪失申出書

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|------------|---------|--|----------------|
| 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

TEL: 052-584-5053