健　保　記　入　欄		決　済　欄			
受　付　年　月　日	年　　月　　日	常務理事	事務長	担当者	担当者
資　格　喪　失　日	年　　月　　日				
保　険　料　還　付	あり・なし				

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

この申出書は、現在アルバック健康保険組合に加入している任意継続被保険者が就職等による任意継続被保険者資格の喪失を申し出る時に使用するものです。

申し出による喪失の場合は、この書類を当健保が受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日になります。

任意継続被保険者情報記入欄

任意継続被保険者証等の記号番号および氏名	1051-	（氏名）
被保険者の生年月日	年　　月　　日	
喪失理由　　〇をつけてください。	就職・申出・その他（　　）	

新たに取得した健康保険（または船員保険）情報記入欄 ※就職による喪失の場合のみ以下をご記入下さい。

再取得した健康保険（または船員保険）の名称	
適用事業所（または船舶所有者）の名称	
資格取得年月日	年　　月　　日
備考欄	

この申出書を以下の添付書類と一緒に当健康保険組合宛にご提出ください。

■就職された方は、任意継続被保険者の被保険者証(ｶｰﾄﾞ）または資格確認書、家族分含む全員分、高齢受給者該当の方は、高齢受給者証（カード）、新たに取得した資格情報のお知らせのコピー（被保険者本人分のみ）を添付してください。

※申し出による喪失の方の被保険者証（カード）または資格確認書は、申出日の翌月１日以降、当健保組合が指定する方法 （郵送）で返送願います。

受付日付印

新たに取得した加入先の「資格情報のお知らせ」（コピー）を添付ください。

※申し出の場合は、添付不要

【提出先及びお問い合わせ先】
〒253-8543
神奈川県茅ヶ崎市萩園2500番地
アルバック健康保険組合　TEL0467-89-2228