常務理事	事務長	係員	

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

資　格　喪　失　申　請　の　理　由

申請理由について、ア・イ　どちらか該当するものに〇を付けてください。

ア．他の健康保険（各種共済組合を含む）の被保険者資格を取得したため

①健康保険組合の名称　　（　　）

②資格取得年月日　　（令和　　年　　月　　日）

※①と②は新しく加入した健康保険組合について、正確にご記入ください。

イ．任意での資格喪失を希望するため

「健康保険資格喪失証明書」の交付を　　・希望します　　・希望しません

※どちらかに〇を付けてください。どちらにも〇がついていない場合は、希望しないものと判断します。

上記の通り申請します。

令和　　年　　月　　日

〒

任意継続被保険者
（申　請　者）

住所

氏名

電話番号（自宅）　　－　　－

電話番号（携帯）　　－　　－

※電話に出られない場合には、留守応答設定をお願いします。

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

（注１）申請理由が「ア」の方は、この申請書に任意継続被保険者証（被扶養者分も含む）を添付してください。

（注２）申請理由が「イ」の方は、資格喪失後に任意継続被保険者証（被扶養者分も含む）を返納してください。

（注３）任意継続被保険者証を返納する際は、簡易書留等、追跡調査ができる方法でご郵送ください。
郵送にかかる費用はご本人負担となります。

健保受付日付印