

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年 昭和 <input type="checkbox"/> ・平成 <input type="checkbox"/> 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レ点を付けてください。 ア <input type="checkbox"/> . 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 <input type="checkbox"/> . 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 <input type="checkbox"/> ・希望しません <input type="checkbox"/> ※どちらかにレ点を付けてください。どちらにもレ点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 〒 住所 任意継続被保険者 氏名 (申請者) 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」で資格確認書（被扶養者分も含む）をお持ちの方は、この申請書に添付してください。

(注2) 申請理由が「イ」で資格確認書（被扶養者分も含む）をお持ちの方は、資格喪失後に返納してください。

(注3) 資格確認書を返納する際は、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