

常務理事	事務長	審査	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

届出日 令和 年 月 日

中電工健康保険組合 理事長 殿			
任意継続被保険者の資格喪失を申請します。			
記号・番号	281 -	氏名	印
		《 生年月日	昭和 平成 年 月 日 》
該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
1	<input type="checkbox"/>	他健康保険組合・協会健保などの被保険者資格を取得したため(就職)	<b>資格取得日</b> 年 月 日
※ 資格確認書・被保険者証をお持ちの場合は、資格取得日以降、返却してください			
2	<input type="checkbox"/>	中電工健保の被保険者でなくなることを希望するため	
※喪失日は申出書の中電工健保が受理した日の属する月の翌月1日。 ※申出書受付後、喪失予定証明書を送付します。			
※ 資格確認書・被保険者証をお持ちの場合は、喪失日以降、返却してください			
3	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療保険被保険者となったため(75歳に到達)	
※ 資格確認書・被保険者証をお持ちの場合は、誕生日以降、返却してください			

※ 申請書受理後、資格喪失の取消は原則できません

※ 本紙は必ず郵送してください

※ 任意継続資格取得から2年を経過した場合は、満了による資格喪失のため本紙の提出は不要です。

【中電工健康保険組合】

〒730-0855 広島市中区小網町6番12号 14階

TEL082-291-7433 FAX082-291-1815

受付印

被保険者でなくなることを希望する時は、本紙を提出してください