

任意継続被保険者資格喪失申出書

部長	課長	主任	係

記号	番号	被保険者氏名	生年月日
7000	-----	Ⓜ	昭和・平成 年 月 日

資格喪失年月日	令和 年 月 日	被保険者証回収区分	添付	※下記事由が1の場合 →新しく加入された他健康保険組合での資格取得日が当組合の健康保険の資格喪失日です。 ※下記事由が2の場合 →被保険者死亡日の翌日が当組合の健康保険の資格喪失日です。
(該当事項を■で選択) 資格喪失事由	1 <input type="checkbox"/>	再就職し、健康保険、船員保険、共済組合などの被保険者資格を取得したため →「新しく加入された健康保険証(写)」と東京電子機械工業健康保険組合の健康保険証(ご家族分含む)を添付してください。		
	2 <input type="checkbox"/>	被保険者本人死亡のため	死亡日 令和 年 月 日	申請者氏名 _____ 被保険者との続柄 _____

※上記事由以外での資格喪失の場合、この書類のご提出は不要です。(後期高齢該当又は障害認定者については、組合から喪失届をお送りしています)

※健康保険証を滅失された場合は「滅失届」をご提出ください。

受付日付印