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

コクヨ健康保険組合　　理事長　　殿

年　　月　　日

このたび、就職により他の被用者保険（健康保険・船員保険）に加入した、もしくは国民健康保険に加入したく、
貴組合の任意継続被保険者資格を喪失いたしたく、当申出書を提出いたします。

■新たに加入（加入予定含む）の健康保険情報の記入欄

新たに加入した健康保険 （または船員保険）の名称	
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	

■コクヨ健康保険組合の任意継続被保険者情報の記入欄

任意継続被保険者の　記号・番号	記号　　番号 19　　－
氏　　名	
生　年　月　日	年　　月　　日
住　　所	〒　　－
電　話　番　号	

※　この申出書に加え、下記のものも当健康保険組合へ送付ください。（①②は後日でも可）

①当健康保険組合が発行した任意継続保険証or資格確認書（ご家族分を含む全員、発行されている場合のみ）。
高齢受給者証・限度額適用認定証 等の交付を受けている方は、この分も ご提出ください。

②就職した場合は新たに取得した被保険者の資格情報がわかるもののコピー（ご家族分を含む全員分）。

2025.4.21

＜提出先＞
コクヨ健康保険組合　　〒537-8686 大阪市東成区大今里南6-1-1　　電話 06-6973-9478