

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 （国民健康保険加入予定の方は予定日を記入）	年 月 日
喪失理由	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 家族の扶養 <input type="checkbox"/> その他
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

任意継続被保険者証の 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カード保険証（ご家族分を含む全員分）。  
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or家族の扶養になられた場合は新たに取得した被保険者証のコピー（ご家族分を含む全員分）。

2024.2

<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