日本化薬健康保険組合　理事長　殿

決　定	令和　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	担当者	

資格喪失申出書

令和　　年　　月　　日

被保険者欄	被保険者証の記号および番号	記号　　番号	
	被保険者の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
	被保険者の氏名		
	被保険者の住所	〒　　電話　　（　　）	

※下記の事由に該当するため、申出致します。

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
資格喪失の事由 （ア、イ、ウ のいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号・番号等を記入して下さい。）	**ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため** **※新しい保険資格の確認できる書類の写し** 例：新しい健保の「資格確認書」、雇用契約書、労働条件通知書など （1）再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号・番号 （記号　　番号　　） （2）適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称　（　　） （3）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） **イ　後期高齢者医療制度被保険者となったため** （1）後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　　） （2）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称（　　後期高齢者医療広域連合） （3）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） **ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望するため** （喪失日は健保が申出を受理した月の翌月1日）

還付口座　　※保険料の返還がある場合は、下記欄に記入してください。

振込希望口座	金融機関コード	銀行 金庫 信組			本店 支店 出張所
	支店コード	預金種別	普通 当座 （　　）	口座名義	（フリガナ） （氏名）
	口座番号				