

常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者 資格喪失申出書

●記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者証 記号－番号	記号	450	番号	
被保険者氏名			確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である
被保険者生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 住所・電話番号	〒		電話番号： - -	
資格喪失年月日	令和	年	月	日
資格喪失事由 ※該当の番号に○をつけてください	1	被保険者本人が再就職し、就職先の健康保険に加入したため ※添付必須書類：新しい保険証のコピー（被保険者本人分のみ）		
	2	被保険者本人が後期高齢者医療制度に該当したため ※添付必須書類：後期高齢者医療制度の保険証のコピー		
	3	被保険者本人が死亡したため		
	4	任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申出するため 【注意事項】 ●喪失日は、申出(本届出)が受理された日の属する月の翌1日です。 例：1月中に受理した場合は、資格喪失日は2月1日です。 ●申出後の取消は出来ません。		
	5	その他（下記に理由を詳細にご記入ください） { }		
保険証の返却について （ご家族分含む）	●喪失事由が1・2・3・5の場合は、必ず本届出に添付してください。 ●喪失事由が4の場合は、本届出に添付せず、喪失後返却してください。 資格喪失後、当健保より返却方法を指定します。			

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

【提出先】

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階
ソニー健康保険組合 任意継続担当

受付印

常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者 資格喪失申出書

●記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者証 記号－番号	記号	450	番号	99999
被保険者氏名	健保 康夫		確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である
被保険者生年月日	昭和 平成	50	年	1月1日
被保険者 住所・電話番号	〒999 - 9999 東京都 ○区 ○○ 9-9-9 電話番号: 999 - 9999 - 9999			
資格喪失年月日	令和	4	年	2月1日
資格喪失事由 ※該当の番号に○をつけてください	1	被保険者本人が再就職し、就職先で健康保険に加入したため ※添付必須書類: 新しい保険証		
	2	被保険者本人が後期高齢者になったため ※添付必須書類: 後期高齢者証		
	3	被保険者本人が死亡したため		
	4	任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申出するため 【注意事項】 ●喪失日は、申出(本届出)が受理された日の属する月の翌月1日です。 例:1月中に受理した場合は、資格喪失日は2月1日です。 ●申出後の取消は出来ません。		
	5	その他(下記に理由を詳細にご記入ください)		
保険証の返却について (ご家族分含む)	●喪失事由が1・2・3・5の場合は、必ず本届出に添付してください。 ●喪失事由が4の場合は、本届出に添付せず、喪失後返却してください。 資格喪失後、当健保より返却方法を指定します。			

※ 保険証の返却方法については健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。ご確認ください。

【提出先】

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階
ソニー健康保険組合 任意継続担当

受付印