

常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者 資格喪失届

【注意事項】

- 任意継続の保険証（ご家族分含む）を必ず本届出に添付の上、提出してください。
- 被保険者氏名欄は、被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。
- 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 記号一番号	記号	4 5 0	番号	9 9 9 9 9
被保険者氏名	健保 康夫 (印)			
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	平成	28 年	1 月	1 日
資格喪失理由 ※該当の□にレ点を入れてください	<input checked="" type="checkbox"/> 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： <u>新しい保険証のコピー（被保険者本人分のみ）</u> <input type="checkbox"/> 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： <u>後期高齢者医療制度の保険証のコピー</u> <input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため <input type="checkbox"/> その他（下記に理由を詳細にご記入ください） []			

※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致しません。

【提出先】

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階
ソニー健康保険組合 任意継続担当

受付印