常務理事	事務長	課長	係

健康保険任意継続被保険者　　資格喪失申出書

1	被保険者証の 記号及び番号					―						*					
2	生　年　月　日	昭和・平成					年			月				日	*		
3	申請者の氏名																
4	郵　便　番　号				－												
5	住　　所	都　道 府　県															
6	電　話　番　号	－															

次のとおり届け出します。

※7	資格喪失年月日	令　和			年			月			日						
8	資　格　喪　失　の 事　　由	次の、（ア）（イ）（ウ）から該当するものに○印を付け、該当箇所に記入してください。 ア　再就職し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 （1）新しく取得した健康保険被保険者証の記号番号 （　　－　　） （2）新しく就職した会社の名称及び所在地 名　称　（　　） 所在地　（　　） （3）資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） イ　後期高齢者医療制度の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 （　　）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　被保険者からの資格喪失の申出による （1）資格喪失申出日　（令和　　年　　月　　日）															
9	摘　　要　　欄																

※7は記入不要です。

受付日付印

【添付書類】

就職による資格喪失の場合は新しく取得した資格情報のお知らせ（写）または資格確認書（写）を添付してください。

【被保険者証】

ボッシュ健康保険組合の健康保険被保険者証は資格喪失日以降速やかに返却してください。

なお「健康保険高齢受給者証」・「健康保険限度額適用認定証」も交付を受けている方は併せて返却してください。

ボッシュ健康保険組合