

令和	年	月	日
決定して よろしいか 伺います	常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

① 令和 年 月 日 提出

②記号-番号	③氏 名	④生 年 月 日	
569 -		昭和	年 月 日
		平成	
⑤住所	〒 - TEL: - -		

●該当する喪失理由の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。

	資格喪失理由	必要書類
1	就職して、その会社の健康保険に加入 資格取得日： 年 月 日	・新しい「資格情報のお知らせ」の写し ・ユニプレス健保の保険証または資格確認書 (交付されている場合)
2	任意継続被保険者でなくなることを希望	・資格喪失日以降に保険証または資格確認書をご返却くだ さい。(交付されている場合) <u>この届出を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。</u>
3	その他 理由【 】	・ユニプレス健保の保険証または資格確認書 (交付されている場合) 添付書類については、お問い合わせください。

【 注意 】 保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾患療養受療証は、破棄せず、
かならず当健康保険組合へご返却ください。(被扶養者分含む)

※万が一、資格確認書等を失くしてしまった或いは廃棄してしまった場合は、
「被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証 滅失届」を提出してください。
届出書は当健康保険組合のホームページよりダウンロードできます。

受付印

送付先およびお問合せ先
〒222-0033
神奈川県横浜市港北区新横浜三丁目19番地1
LIVMOライジングビル11階
ユニプレス健康保険組合
TEL:045-475-9262