

任意継続被保険者資格喪失申出書

記入年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日							
被保険者 記号・番号	1399	1	2	3	4	被保険者 氏 名	健保 太郎	印
住 所	○○県○○市○○町○ - ○○							

◆該当する資格喪失理由に☑をつけて下さい。

	資 格 喪 失 理 由	提 出 書 類
☑	就職して健康保険の被保険者になったため	①東リ健康保険組合の保険証 ②新しく加入した健康保険の 保険証の写し
☐	被保険者が死亡したため 届出人氏名 _____ 印	①東リ健康保険組合の保険証 ②埋葬料（費）支給申請書 ※

※埋葬料（費）支給申請書は、東リ健康保険組合ホームページより出力することができます。

提出の際には、次の書類のいずれか一つを添付して下さい。

- 市区町村の埋葬許可証または火葬許可証の写し
- 死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し

◆保険料前納払いの方で、上記の理由により納付済み期間内に資格喪失となった場合のみ、資格喪失月以降の保険料を返還いたしますので、該当する方はご記入ください。

金融機関名称	銀行 農協 金庫 信組	支 店 名	
口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義 (被保険者名)			

<健保使用欄>

常務理事	事務長	担当者

健保受付印