常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

任継続被保険者				
被保険者等記号・番号	9902			
氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
住民票住所	〒　　－			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

※ 新しく資格取得した日が喪失日となります。
死亡された場合は亡くなった日の翌日が喪失日となります。

資格喪失事由・該当番号に○をしてください

1. 再就職し、健康保険・船員保険・共済組合などの被保険者資格を取得したため

再取得後の記号・番号			資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
新たに加入した保険者名	（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合）			

※新しく加入された健康保険の加入日がわかる書類（写）並びにエイベックス・グループ健康保険組合発行の健康保険証または資格確認書（家族分を含む）を添付のうえご提出ください。

2. 被保険者が死亡したため

死亡年月日	令和　　年　　月　　日

※エイベックス・グループ健康保険組合発行の健康保険証または資格確認書（家族分を含む）を添付のうえご提出ください。

3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため（令和　　年　　月 ～）

※ 3に該当の方は、当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。
なお、健康保険証または資格確認書はこの申出書には添付せず、翌月1日以降に当組合へ必ず送付してください。

※ 当健康保険組合が発行致しました健康保険証または資格確認書はご返却くださいますようお願い致します。
健康保険証または資格確認書を紛失（滅失）された場合は「滅失届」をご提出ください。

※ 資格喪失した日から当組合の資格がなくなります。当組合の健康保険証または資格確認書を使用して医療機関等を受診することはできませんのでご注意ください。

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合