

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者資格喪失届

年 月 日

住 所 : _____

被保険者氏名 : _____

電 話 番 号 : _____ - _____

保険証の記号・番号	記 号		番 号	
資 格 喪 失 日	令 和	年	月	日
資格喪失理由(該当する項目に○をしてください)				
1. 他健保組合に加入(再就職等)				
2. 死亡				
3. 大阪読売健康保険組合の加入事業所に加入				
事業所名 ()				
4. 自己都合				

※被保険者が死亡の場合は、ご家族、親族の方が届出をしてください。

届出者氏名		被保険者から みた続柄	
届出者住所	〒 -		
連 絡 先	電話番号	- -	携帯番号
			- -

◆資格喪失日について

- ・「1.他健保組合に加入」の場合の資格喪失日は加入先の保険証の資格取得日が当健保の喪失日となります。
- ・「2.死亡」の場合は亡くなられた翌日が喪失日となります。
- ・「3.大阪読売健康保険組合の加入事業所に加入」の場合は加入日が資格喪失日となります。
- ・「4.自己都合」の場合の資格喪失日は脱退を申し出た月の翌月1日となります。

◆「任意継続被保険者資格喪失届」とともに下記のを添付していただきますようお願いいたします。

- ・当健康保険組合の健康保険証、高齢受給者証・限度額適用認定証(交付されている場合)を返却してください。
- ・資格喪失理由が「1. 他健保に加入」の場合、加入先で発行された保険証のコピーを添付してください。
- ・資格喪失理由が「2. 死亡」の場合、死亡を確認できる証明書(死亡診断書、埋葬許可書等の写し)を添付してください。

〒530-0055
 大阪市北区野崎町5番9号
 大阪読売健康保険組合
 TEL: 06-6312-0858