

## 任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名	生年月日
8888 -	印	昭和・平成 年 月 日
住 所		電話番号
〒 -		- - - -
資格喪失事由（該当項目に✓）	令和 年 月 日	
	下記の事由に該当するため、申出します。	
	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 再就職等により、健康保険の被保険者となったため <input type="checkbox"/> 任意脱退を希望するため <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため 死亡日：令和 年 月 日	
保険料還付 振込口座		口座名義：
銀行	支店(出張所)	普通

**【届提出時添付】**

- 取得先の被保険者証コピー
- 東京ドーム健康保険組合 被保険者証（本人： 枚、家族： 枚）
- 〃 高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証