常務理事	適用担当

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	記号	9000	フリガナ	
	番号		氏名	
	住所	〒　　－	連絡先 電話番号	－　　－

下記の事由に該当するため次のとおり申し出ます。

喪失事由
(①～③のいずれかを「○」で囲み、摘要欄に新たに取得した被保険者証の写しを貼付してください。

① 他の健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した為
② 後期高齢者医療制度の被保険者となった為
③ 任意継続健康保険の脱退を希望する為　※記入不要※(　　年　　月　　日　資格喪失)

摘要欄	コピー貼付

上記①②の事由により新たな被保険者証を取得されますので、
ネスレ健康保険組合から交付してあります「健康保険被保険者証」は
資格喪失申出書と一緒にご返却ください。
③の事由による脱退申し出の場合は、後日ネスレ健康保険組合から返却用封筒を
送付しますので、それまで「健康保険被保険者証」はお手元で保管ください。
②または③の事由による脱退の場合は新たな健康保険証のコピーの添付は不要です。

受付日付印