



常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

### ■資格喪失の事由にレ印をご記入ください。

- 就職により他の被用者保険(健康保険・船員保険・共済組合)に加入したため
- 65歳～74歳の方で後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳以上は申出不要)
- その他の理由によるため

(理由: )

### ■任意継続被保険者情報

記号・番号	20 ー	氏名	
被保険者の 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		

### ■新たに取得した健康保険(または船員保険)について

再取得した 健康保険の名称	
適用事業所 の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日

2024.12 改定

#### 【提出先および問合せ先】

〒556-0017

大阪市浪速区湊町 1-2-3

マルト難波ビル 13 階

デザート健康保険組合