常務理事	事務長	課長	担当

健康保険　任意継続被保険者資格喪失申出書

オリンパス健康保険組合理事長　殿

被保険者等の記号及び番号※	記号	80	番号	
資格喪失事由 （該当するものに〇をしてください）	就職　・　他保険への加入を希望			
資格喪失年月日（注）	令和　　年　　月　　日			
次に加入する健康保険	種類 （該当に〇）	勤務先健康保険　・　国民健康保険　・　その他		
	名称	※国民健康保険の場合は自治体名		
資格喪失証明書の発行 （希望する場合は□に✓してください）	□　資格喪失証明書の発行を希望する			
備　考				

上記の通り申請いたします。

〒　　－

住所

氏名

電話　　－　　－

メール　　@

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認できます。

（注）資格喪失年月日

就職による資格喪失の場合は、就職先健康保険への加入日（通常は就職日と同日）をご記入ください。

他保険への加入希望による資格喪失の場合は、本申出書がオリンパス健保へ到着した日の翌月１日となります。

郵送日を考慮してご記入ください。

＜保険証または資格確認書の返却について＞

就職による資格喪失の場合は、本申出書とともにご家族分を含めたすべての保険証または資格確認書を返納してください。

被保険者の希望による資格喪失の場合は、本申出書提出後、資格喪失証明書の到着後速やかにご家族分を含めたすべての保険証または資格確認書を返納してください（返送用封筒を同封します）。

健保受付印