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健康保険資格取得日が分かる書類のコピー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健康保険資格を取得されますので、
ネスレ健康保険組合から「資格確認書」が発行されている場合は
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、ネスレ健康保険組合が「資格確認書」を発行している方には、返却用封筒を送付します。
②または③の事由による脱退の場合は新たな健康保険資格日の分かる書類のコピーは添付不要です。

受付日付印