

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者 資格喪失届

令和 年 月 日 提出

健康保険証 記号	被保険者氏名 フリガナ	被保険者生年月日 昭和・平成	性別 男・女
99		年 月 日	

被保険者住所 〒 -	電話番号 ()
---------------	----------

1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため

資格喪失年月日 (他健保に加入された日)	令和 年 月 日
-------------------------	----------

※新しい保険証の資格取得日または再就職した日
「新しく加入された健康保険証」のコピーと、スタンレー電気健保組合の「健康保険証」の本証を返却して下さい。

2. 被保険者から資格喪失の申出 ※申出書が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日になります。

資格喪失申出年月日	令和 年 月 日
-----------	----------

※資格喪失の申出が受理された後、「資格喪失証明書」を送付します。
資格喪失証明書が届き次第、「健康保険証」の本証を返却してください。
「健康保険証」の返却タイミングが異なりますのでご注意ください。

3. 死亡のため

死亡年月日	令和 年 月 日
-------	----------

※スタンレー電気健康保険組合の「健康保険証」の本証を返却してください。

4. 後期高齢者医療の被保険者資格を取得したため

資格取得年月日	令和 年 月 日
---------	----------

※市区町村で発行された「後期高齢者医療被保険者証」の写しを添付のうえ、スタンレー電気健康保険組合の「健康保険証」の本証を返却してください。

【 代理申請の場合 】

申請者氏名	フリガナ	被保険者との続柄
住所・電話番号	〒 -	電話番号 ()

【 提出先 】

〒153-8636 東京都目黒区中目黒2-9-13
スタンレー電気健康保険組合
TEL 03-6866-2601 FAX 03-6866-2273

(令和4年1月1日改訂)

健保受付印