常務理事	事務長	担当者

スタンレー電気健康保険組合　理事長　殿

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		被保険者氏名	被保険者生年月日
記号	番号	フリガナ	昭和・平成 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

※新しい健康保険の資格取得日または再就職した日
　就職先から交付された「資格情報のおしらせ（通知書）」のコピー

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

3.　死亡のため

死亡年月日	令和　　年　　月　　日

※死亡した事を証明する書類（死亡診断書・埋葬（火葬）許可証コピーいずれか1通

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「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付。

※　資格喪失届が受理された後、「資格喪失証明書」を送付します。

※　当組合発行の任意継続「資格情報のお知らせ」の返却は不要です。

※　当組合発行の「資格確認証」をお持ちの方は返却してください。

※　当組合の現行保険証をお持ちの方で2025年12月1日までに資格喪失する時、保険証は必ず返却してください。

【　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

健保受付印

（令和7年2月改訂）