

【任意継続】被保険者資格喪失申出書

年 月 日 申請

この申出書はブリヂストン健康保険組合の被保険者が就職などにより他の健康保険組合に加入したため任意継続の資格喪失を申し出るときに使用するものです。以下の2点を必ず添付頂きブリヂストン健康保険組合宛にお送りください。

- ブリヂストン健保の任意継続保険証
- 再就職先の保険証のコピー

記号	8020	フリガナ		生年月日
保険証番号		氏名	印	昭和 平成 年 月 日 令和
住所	〒		電話番号	- -
再就職先の健康保険資格取得日	年 月 日			
上記の資格取得日以降の保険証使用	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した 受診日 医療機関			

再就職先の保険証コピー貼付位置

※万が一保険証を紛失してしまった場合は「健康保険被保険者証滅失届兼再交付申請書」をご提出ください。

申請書は当健康保険組合のホームページからダウンロードできます。

※保険料を多く頂いた場合は健康保険組合より「保険料還付金請求書」をお送りします。署名捺印の上返送ください。

〈健保使用欄〉

認定日	I/P	保険証	係	事務長	常務理事	(受付印)
/	/	/				