

任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名		生年月日
8888 -	印		昭和・平成 年 月 日
住 所		電話番号	
〒 -		- - - -	
資格喪失事由（該当項目に✓）	令和 年 月 日		
	下記の事由に該当するため、申出します。		
	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 再就職等により、健康保険の被保険者となったため		
	<input type="checkbox"/> 任意脱退を希望するため		
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため 死亡日：令和 年 月 日			

保険料還付 振込口座	口座名義：	
銀行	支店(出張所)	普通

【届提出時添付】

- 取得先の被保険者証コピー
- 東京ドーム健康保険組合 被保険者証（本人： 枚、家族： 枚）
- ハ 高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証

東京ドーム健康保険組合

03-3817-6173