キリンビール健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者
年　月　日		

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書（就職）

下記のとおり申出します。

太枠内をご記入ください。

訂正がある場合は、必ず黒の消えないペンで二重線を引き、
楷書ではっきりと訂正してください。

記入日	年　月　日

被保険者証等		被保険者氏名	生年月日				性別
記号	番号			年	月	日	
8010			昭和・平成				男・女

住所	電話番号
〒　－	

資格喪失年月日（新しい保険に加入した日）	令和	年　月　日
資格喪失理由	就職して新しい健保に加入したため	

必須事項

枚数をご記入ください

① お持ちのキリンビール健康保険組合の「被保険者証」または「資格確認書」の返却 →

〔該当者のみ〕各種証の返却
- 「高齢受給者証」
- 「限度額適用認定証」
- 「特定疾病療養受療証」

被保険者証	
本人：　枚	家族：　枚
資格確認書	
本人：　枚	家族：　枚
返不能：　枚	

② 就職先の新しい「資格情報のお知らせ」のコピー　または　「資格取得証明書(写)」の添付

就職先の「資格情報のお知らせ」のコピーを
貼付して下さい（本人のみ）

受付印

健保使用欄	被保険者証または資格確認書回収日
	年　月　日