

【提出先】 ① ファイルリクエスト（推奨）：<https://ono-pharma.app.box.com/f/6eb66c30c702417fa471178e488cfa5b>

② 郵 送 の 場 合：〒541-0045 大阪府大阪市中央区道修町2丁目1番5号 小野薬品健康保険組合 宛

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申出します。

【届出人】 ※ 必須

被保険者等の記号	100	被保険者等の番号	(ふりがな)				
			氏 名				
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	
住所	〒 - 電話番号 (日中連絡先) - -						

資格喪失事由

(該当の数字をご記入ください)

- 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため
- 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため
- 申出により任意継続保険の資格を喪失するため
(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入)
- 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (75歳到達)
- 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (障害認定)
- 死亡したため

資格喪失年月日

令和 年 月 日

記入上の注意点

- 資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日（資格取得年月日）をご記入ください。
- 資格喪失事由が3の場合・・・提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。
- 資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度加入の年月日（75歳の誕生日）を記入ください。
- 資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日（認定年月日）を記入ください。
- 資格喪失事由が6の場合・・・亡くなられた日の翌日をご記入ください。

※ 資格確認証をお持ちの方は、本申請書にご添付ください。

なお、上記資格喪失日以降は当健康保険組合の保険資格はございませんのでご注意ください。

受付印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

小野薬品健康保険組合（担当：川邊）

TEL:06-6222-5665 FAX:06-6222-5650

MAIL: kawabe@ono-pharma.com

(2026/08/21改)