

【書類送付先】※受付は郵送のみ

株式会社イーウェル 健保BPOセンター

ヒロセ電機健康保険組合担当

〒550-0002

大阪市西区江戸堀1丁目23-37 CAMCO肥後橋ビル4階

常務理事					

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

提出日： 2026 年 10 月 15 日

被保険者等 記号—番号	990 — 1234		
被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	性別	生年月日
	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50 年 1 月 1 日生
被保険者 連絡先	〒 5 5 0 — × × × ×	大阪府大阪市 × × × ×	
	携帯電話番号： 080- × × × × - × × × ×	メールアドレス： tarou.kenpo@ × × × ×	

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	令和 8 年 10 月 1 日
資格喪失の事由 (ア、イ、ウのいずれかに ✓を記入してください。 ア、イに✓をした場合は、 次の保険の資格情報のお 知らせ等を見て、(1)~(3) を記入してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号番号 (× × × - × × × ×) (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 (○○○株式会社) 所在地 (東京都千代田区 × × × ×) (3) 資格取得年月日 (令和 8 年 10 月 1 日)
	<input type="checkbox"/> イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 () (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> ウ 資格喪失を希望するため (自己都合による脱退を希望するため)
資格喪失証明書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行を希望する <input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望しない

【添付書類について】

※「ア」または「イ」に該当する場合、被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての資格確認書を添付してください。高齢受給者証または限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。

※「ア」または「イ」に該当される方は、資格喪失日の確認のため、再就職等で新たに取得された資格情報のお知らせの写しを添付してください。

※「ウ」に該当する場合は、当組合の資格確認書は添付しないでください。後日、改めて返却していただきます。

ご不明な点がございましたら、こちらの問い合わせ先までご連絡ください。

【問い合わせ先】

株式会社イーウェル 健保BPOセンター

ヒロセ電機健康保険組合担当

Email : hirosekenpo-bpo@ewel.co.jp

受付日付印