

常務理事	事務長	課長	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	任意継続被保険者等の 記号番号	999 -	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒					
電話番号	TEL ( )						

下記の事由に該当するため、申出します。

資 格 喪 失 の 事 由 ( 該 当 項 目 に ✓ 印 を し て く だ さ い )	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 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 再取得した健康保険の被保険者等の記号番号		
	② 適用事業所(船舶所有者)の名称および所在地	名称	
		所在地	
	③ 資格取得年月日	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 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等の被保険者番号		
	② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称		
	③ 資格取得年月日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の喪失を希望(申請が受理された日の属する月の翌月1日で資格喪失)			

\* 被保険者証および資格確認書および高齢受給者証を交付されていた方は、この申出書に添付のうえ提出してください。

\* 新たに取得した「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写し(被保険者本人分のみ)を下の欄に貼付してください。

ここに、新たに取得した資格情報のお知らせ又は資格確認書の写しを貼付してください。
------------------------------------------

受付年月日