

常務理事	事務長	グループ長	リーダー	扱 者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

1	被 保 険 者 等 記 号 及 び 番 号	2 0 -			届出者本人が氏名を署名した場合、 本人の押印は不要です
2	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月 日	
3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)			㊟
4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号	-		
5	電 話 番 号	()			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

6	資 格 喪 失 年 月 日	令 和	年	月	日
	資 格 喪 失 の 事 由 (ア、イ、ウのいずれかを○で囲み、再取得後の被保険者等記号番号等をご記入ください。)	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 () 番号 () (2)適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (平・令 年 月 日)			
		イ 後期高齢者制度 (長寿医療制度) 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 (平・令 年 月 日)			
ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため					

【この申出書に添付して提出するもの】

- ①新しく取得した健康保険の資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し
- ②当組合より資格確認書が交付されている場合は (高齢受給者証・限度額認定証等の交付を受けている場合も併せて)
- ※被扶養者の方がいる場合は被扶養者の方の分も併せてご返却ください。

受付日付印