

常務理事	事務局長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	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	1	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	9	9	0	0	—					
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成					年			日	
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)			(氏)			(名)			印
	4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 ( — )					電話番号 ( )				
			都 道		府 県							

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

	資 格 喪 失 年 月 日	平 成	*	年		月		日	※は、記入しないで下さい		
5	資 格 喪 失 の 事 由  (ア～ウのいずれかを「○」で囲み、選択いただいた事項を記入してください。)	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の記号番号 ( 記号                                  番号 ) (2) 適用事業所(お勤め先会社)または船舶所有者の名称 (    ) (3) 資格取得年月日 (   平 成      年      月      日      )									
		イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 (   平 成      年      月      日      )									
		ウ 死亡したため 死亡年月日 (   平 成      年      月      日      )									
6	被 保 険 者 証 回 収 欄	【 被保険者証 】	【 高齢受給者証 】			70歳以上の方 添付・滅失( 扶養者                  人 )                  添付・滅失					
7	摘 要 欄										

( 注 意 事 項 )

平成 年 月 日 提出

1. 再取得した被保険者証のコピー添付・任意継続の被保険証返納をお願いします。

受付日付印

2. 保険者証・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『紛失届』が必要となりますので当組合(適用課)までご連絡ください。

【 出版健康保険組合 適用課 TEL : 03 (3292) 5005 】