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	9900－	
	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　　(名)	㊞
	4	被保険者の住所	郵便番号（　　－　　）　電話番号　　（　　）	

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

5	資格喪失年月日	平成　※　年　月　日　※は、記入しないで下さい
	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 ⑴　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） ⑵　適用事業所（お勤め先の会社）または船舶所有者の名称 （　　） ⑶　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】　添付・滅失（扶養者　人）　【高齢受給者証】70歳以上の方　添付・滅失
7	摘要欄	

（注意事項）

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。
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　℡：03（3292）5005】

平成　年　月　日提出

受付日付印