

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

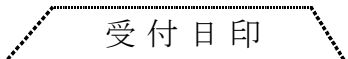
被 保 險 者 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	9	9	0	1	—						
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成			年			月			日	
	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) (氏)					(名)					
	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 (—)		電話番号 ()				携帯番号 ()				
			都道		府県							

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 事 由	資 格 喪 失 年 月 日	令 和	※	年		月		日	※は、記入しないで下さい
	①～④のいずれか 該当する事由を「○」 で囲み、日付を記入 してください。	① 健康保険または船員保険の被保険者となったため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)							
		② 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 (令和 年 月 日)							
		③ 死亡したため 死亡年月日 (令和 年 月 日)							
	④ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため								
	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（被扶養者 人）				

(注 意 事 項)

- 任意継続の被保険者証・高齢受給者証(被扶養者分を含む)を添付してください。
※被保険者証・高齢受給者証(被扶養者分を含む)を紛失した場合は、別途『紛失届』が必要となりますので、適用課までご連絡ください。
- ①・②に該当の場合は、新たに取得した被保険者証の写しも添付してください。
- ④に該当の場合
a: 資格喪失日は健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。
b: 被保険者証・高齢受給者証(被扶養者分を含む)は翌月1日以降適用課に送付してください。
c: 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

令和 年 月 日提出

 受付日印