

常務理事	事務長	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 情 報	記号 - 番号	氏 名	生 年 月 日
	114 -		昭和 年 月 日 平成
	住 所 ・ 電 話 番 号		
	〒 - 都 道 TEL () 府 県		

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に ✓ 印 を 記 入)	☐ 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 (◎保険証の写しを添付してください。)					
	上 記 に ✓ し た 場 合	再取得後の 被保険者証の	記 号	番 号		
		適用事業所または 船舶所有者の	名 称	所在地		
		資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	☐ 障害により後期高齢者医療制度の被保険者となったため (◎保険証の写しを添付してください。)					
	上 記 に ✓ し た 場 合	後期高齢者医療の 被保険者証の	被保険者番号			
		都道府県後期高齢者 医療広域連合の	名 称	後期高齢者医療広域連合		
		資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	☐ 任意継続被保険者でなくなることを申し出る					
	上 記 に ✓ し た 場 合	申し出の理由	ア. 国民健康保険に加入する イ. 家族の扶養者になる ウ. その他 理由[]			
資格喪失年月日		令和 年 月 1 日	※ 当組合に申出のあった日の翌月の1日			

上記の事由に該当するため、申出します。

【添付書類】

1. 任意継続被保険者の被保険者証(被扶養者分含む)及び、高齢受給者該当の場合は高齢受給者証

受付日付印

確認日付印