

受 付	令和	年	月	日
決 裁	令和	年	月	日

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 （ 申 出 者 ） 情 報	記 号 番 号	—	生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話	()		
	携 帯	()		

資 格 喪 失 の 事 由	資格喪失日	令和 年 月 日
	☐ 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(就職など)	
	再就職後の健康保険または 船員保険の被保険者証の記号番号	
	適用事業所の 名称および所在地	名 称 所在地
	資格取得年月日	令和 年 月 日
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	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 広域連合の名所	()後期高齢者医療広域連合
	資格取得年月日	令和 年 月 日
	☐ 任意の資格喪失の申出のため	
☐ 本人(被保険者)死亡のため		

上記の事由に該当するため、申出します。

受付日付印

丸全昭和運輸健康保険組合