

健康保険任意継続被保険者 資格喪失 申出書

理事長		係

被 保 険 者 情 報	被保険者の	記号	番号	生年月日	年	月	日
		100		☐ 昭和 ☐ 平成			
	氏 名	(フリガナ)					
	住 所	〒 ー					
	電話番号 (日中の連絡先)	()					

資 格 喪 失 の 事 由	1. 保険料が納付期日までに納付されなかったため
	2. 再就職等により健康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被保険者の記号番号 ()
	(2) 資格取得年月日 (年 月 日)
	3. 法定期間が満了したため
	4. 被保険者が死亡したため
5. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	
※申出書が健保に到着した翌月1日が資格喪失日となります	
※申出後の取り消しはできません	
6. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	

※資格喪失後、交付されている場合は任意継続の被保険者証(被扶養者分含む)または資格確認書、高齢受給者証、
限度額認定証も併せて資格喪失後5日以内にご返却ください

【健保組合記入欄】

資格喪失年月日	年	月	日

被保険者証等回収区分
☐ 添付 () ☐ 返不能 ☐ 滅失

受付日