

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

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	被保険者 記号・番号	記号	130	番号		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	氏名				電話番号 (日中の連絡先)	()				
	住所	〒 —								

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に ☑ を ご 記 入 く だ さ い 。)	資格喪失年月日	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 (①～③をご記入ください。)					
	①取得した健康保険または船員保険の 被保険者記号・番号		記号	番号		
	②適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地		名称	所在地		
③資格取得年月日		令和	年	月	日	
☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため						
☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (①～③をご記入ください。)						
①後期高齢者医療の被保険者記号・番号		記号	番号			
②都道府県後期高齢者医療広域連合の名称		名称	後期高齢者医療広域連合			
③資格取得年月日		令和	年	月	日	

添付書類

- ☐ 資格喪失申出書
- ☐ 保険証
- ☐ 『資格情報のお知らせ』または『資格確認書』のコピー (就職のみ)

受付日付印

※健保組合使用欄

被保険者証回収				
被保険者 添付・未回収・滅失	被扶養者 添付・未回収・滅失	被扶養者 添付・未回収・滅失	被扶養者 添付・未回収・滅失	被扶養者 添付・未回収・滅失