健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

記　　号	1000	番　　号					
生年月日	昭和・平成		年		月		日
氏　　名	(フリガナ) (氏)			(名)			
住　　所	郵便番号　　－			電　話　　(　　)			
	都道 府県						

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和		年		月		日

資格喪失の事由

ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、該当項目に記入してください。

ア．　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）　再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号

（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　）

イ．　後期高齢者医療制度の被保険者となったため

（１）　後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号

（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　）

ウ．　申出により任意継続保険の資格を喪失したいため

※「申出が受理された日の属する月の翌月1日」が資格喪失年月日となります

摘　要　欄	

※ア、イに該当する方は、新しく取得した被保険者証のコピーを申請書に添えてご提出ください。

受付日付印

※組合使用欄

決　裁	理事長	常務理事	事務長		係員

被保険者証回収欄	被保険者番号	0	0	被扶養者番号			被扶養者番号			被扶養者番号		
	添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失			添付・未回収・滅失		

サザビーリーグ健康保険組合