

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・令和	年	月	日	
氏名	(フリガナ)				
	(氏)		(名)		印
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、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号を記入してください。	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 (平成・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 (平成・令和 年 月 日)				
摘要欄					

※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		