

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書（記入例）

記号	1000	番号	○ ○ ○
生年月日	昭和・平成・令和	○	年 ○ 月 ○ 日
氏名	(フリガナ) ケンボ		タロウ
	(氏) 健保		(名) 太郎
住所	郵便番号 151 - 0000		電話 03 (0000) 0000
	東京 都道府県 渋谷区千駄ヶ谷△-△-△		

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。	<p>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</p> <p>(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 12 番号 34)</p> <p>(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 (株式会社○○○○) 所在地 (渋谷区千駄ヶ谷○-○-○)</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成・令和 ○○年 ○月 ○日)</p> <p>イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成・令和 年 月 日)</p>						
	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		