

# 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) 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	<p><b>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</b></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><b>イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</b></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 ( 令和 年 月 日 )</p> <p><b>ウ. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため</b></p> <p>※「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</p>
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	