

常務理事	事務長	担当者

この申出書とともに
新しく加入された保険証のコピーも提出ください。
(家族全員分)

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者証の 記号および番号	5 0 -	-00
2	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
3	被保険者の氏名	(フリガナ)	
4	被保険者の住所	郵便番号	電話 ()

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	令和	年	月	日	新しく加入した健康保険被保険者証の 資格取得日を記入してください。
6	資格喪失の事由	次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。 ア 健康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被保険者証の記号番号 () (2)適用事業所の名称および所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日) イ 船員保険の被保険者資格を取得したため (1)再取得後の船員保険被保険者証の記号番号 () (2)適用事業所の名称および所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日) ウ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)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記号番号 () (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合) (3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)				
7	摘要欄					

受付日付印