

常務理事	事務長	課長	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者の記号番号	記号	70	番号	
氏名	Ⓜ 男・女			
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
住所	〒 電話番号 ()			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出いたします。

資格喪失年月日	令和 年 月 日			
(該当項目の□に印を入れてご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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		

【添付書類について】

- ※ 被保険者・被扶養者の方に交付されているすべての**被保険者証・資格確認書**を添付してください（マイナ保険証を利用されている方は添付不要です）。
また、**高齢受給者証、限度額認定証、特定疾病医療費受給者証**の交付を受けている場合は、それらも必ず添付して下さい。
- ※ 資格喪失日の確認のため、再就職先等で新たに取得された資格情報のお知らせの写し・資格確認書の写し（どちらか一点）を添付して下さい。