

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"/> 1. 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"/> 2. 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		
	<input type="checkbox"/> 3. 申出により任意継続保険を喪失するため (喪失の申し出があった日の翌月1日となります)				

【添付書類について】

- ※ 被保険者およびその被扶養者の方に交付されているすべての被保険者証・資格証明書を添付してください。  
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・資格確認書の写しを添付して下さい。