**健康保険　任意継続被保険者　資格喪失　申出書**

下記の事由に該当するため、申出します。　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者証 | | 生年月日　　年　　月　　日 |
| 記号　　　　　　　　　番号   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 4 | 8 | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | | 昭和　　　平成   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| 氏名 | フリガナ | |
|  | |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　） | |
| 電話番号  （日中の連絡先） |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格喪失の事由（該当項目に✔印をご記入ください。） | 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日 |
| **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** | |
| 再取得後被保険者証の記号番号 |  |
| 適用事業所の名称及び所在地 | 名称 |
| 所在地 |
| 資格取得年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| **□申出日（申出書受理日）の翌月1日から任意継続被保険者でなくなることを希望するため** | |
| **後期高齢者医療制度の被保険者となったため** | |
| 後期高齢者医療被保険者証の  被保険者番号 |  |
| 都道府県後期高齢者  医療広域連合の名称 | 後期高齢者広域連合 |
| 資格取得年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| **必要な添付書類　（被扶養者分含む）　※については、交付を受けた場合のみ**  **保険証（　　　）枚　※高齢受給者証（　　　）枚　※健康保険限度額適用認定証（　　　）枚** | |
|  | |

受付日付印

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*　健保使用欄　\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

（29.05）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |  |  |
|  |  |  |  |  |

（保険証カード返却用台紙）

保険証にハサミで切り込みを入れて台紙に貼付け、健保組合へ郵送（普通郵便）

願います。