

# 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   |   | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 |   |
|                  | 4     | 8      | 1    | 2 |                             |                             |   |
|                  |       |        |      |   |                             |                             |   |
| 氏名               |       | フリガナ   |      |   |                             |                             |   |
| 住所               |       | (〒 - ) |      |   |                             |                             |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) |       |        |      |   |                             |                             |   |

|   |   |   |           |   |   |
|---|---|---|-----------|---|---|
| 資格喪失の事由<br>(該当項目に✓印をご記入ください。)   | 資格喪失年月日   |   | 年         | 月 | 日 |
|   | <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                |   |           |   |   |
|   | 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 |
|   | <input type="checkbox"/> 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 |   |           |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 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<br>被保険者番号   |   |           |   |   |
|   | 都道府県後期高齢者<br>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 |   |
| <b>必要な添付書類</b> （被扶養者分含む） ※については、交付を受けた場合のみ<br>保険証（ ）枚 ※高齢受給者証（ ）枚 ※健康保険限度額適用認定証（ ）枚 |   |   |           |   |   |

\*\*\*\*\* 健保使用欄 \*\*\*\*\*

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

受付日付印

(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。

