

# 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 (日中の連絡先)							

資 格 喪 失 の 事 由 ( 該 当 項 目 に 印 を こ 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 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	
<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 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。

