

健康保険
任意継続被保険者

資格喪失 申出書

常務理事	事務長	課長	係

被保険者(申請者)情報	記号	9 9 9	番号	1 2 3 4	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	0	0	1	0	2
	氏名・印	(フリガナ)	デンセツ タロウ	電設 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます					
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	○○	都道府県	○○市	○○区	○○町	○○番地				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○) ○○○○										

資格喪失の事由 (該当項目に「印」を記入ください)	資格喪失年月日	令和	03	年	04	月	01	日				
	<input checked="" 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											
	上記に「印」した場合に「記入ください」	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号	記号	1 0 2 0 3	番号	4 3 2 1						
		(2) 適用事業所(船舶所)の名称および所在地	名称	株式会社 電設商事			所在地	神奈川県横浜市○○区△△町□—□				
			令和	03	年	04	月	01	日	資格喪失日は再就職日を記入してください。(こちらは、同じ日付となります。)		
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため												
上記に「印」した場合に「記入ください」	(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号											
	(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"/> 任意継続の資格喪失を希望するため	資格喪失年月日は当組合で申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります											
摘要欄												

上記の事由に該当するため、申し出します。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印