# 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の（右づめ） | 記号 999 | 番号 | 生年月日　年　月　日<br>□ 昭和<br>□ 平成 |
| 氏名・印 | （フリガナ） | 印 | 自署の場合は押印を省略できます |
| 住所 | （〒　－　） | 都道府県 | |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL　（　） | | |

## 資格喪失の事由（該当項目に✔印をご記入ください）

| | | |
|---|---|---|
| 資格喪失年月日 | | 令和　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 | |
| 上記に✔印した場合にご記入ください | （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　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<br>所在地 |
| | （3）資格取得年月日 | 令和　年　月　日 |
| □ | 後期高齢者医療制度の被保険者となったため | |
| 上記に✔印した場合にご記入ください | （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 |
| □ | 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。

| 受付日付印 |
|---|
| |

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 |
|---|---|

神奈川県電設健康保険組合



（1.05）