

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 | 記入例 |
|------|-----|----|-----|

|                  |                      |                 |          |         |   |                 |     |      |   |   |   |
|------------------|----------------------|-----------------|----------|---------|---|-----------------|-----|------|---|---|---|
| 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<br>(右づめ)      |                 |          |         | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><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<br>(日中の連絡先) | TEL ○○○ ( ○○○ ) ○○○○ |                 |          |         |   |                 |     |      |   |   |   |

|   |   |                                 |                  |           |    |         |    |               |   |  |  |
|---|---|---------------------------------|------------------|-----------|----|---------|----|---------------|---|--|--|
| 資格喪失の事由<br>(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 | (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 |  |  |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため | (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