

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	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	9 9 9				
	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「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					
			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「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	
☐	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