常務理事	事務長	課　長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者（申請者）情報

被保険者整理番号（右づめ）	記号 999	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 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整理番号	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✔印した場合にご記入ください	（1）後期高齢者医療の被保険者番号	
	（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。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者整理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