

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

(※任意継続被保険者が就職等で他被保険者保険に加入又は後期高齢者医療制度被保険者になるか、任意の資格喪失申出に使用)

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	900	番号	
② 被保険者の氏名・性別	氏名	フリガナ ⑩		男・女
③ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
④ 被保険者の住所	〒 ー 電話 ー ー			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

⑤ 任意資格喪失申出日	令和 年 月 日
⑥ 資格喪失年月日	令和 年 月 日 (⑦の取得年月日等と同日又は⑤の申出日の翌月1日)
⑦ 資格喪失の事由 (就職等で他被保険者保険に加入又は後期高齢者医療制度被保険者になった場合、1、2のいずれかを○で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。)	1 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 () (2)適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)
	2 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 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)

<提出添付書類> この申出書に添付し、ご提出願います。

●現在交付されている任意継続の被保険者証(被保険者および被扶養者の保険証)及高齢受給者証・限度額適用認定証

新たに就職等で取得した場合は被保険者証(被保険者の保険証:本人分のみ)のコピー(貼付)

新たに就職取得した
被保険者証のコピー
貼付位置

受付日付印