

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号・番号	記号	番号				
	2	被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)		印
	4	被保険者の住所	〒		-		電話 ()	
			都道 府県					

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

平成 年 月 日申出

	資格喪失年月日	平成		年		月		日
5	資格喪失の事由	<p style="text-align: center;">ア 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</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()</p> <p>(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)</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p>						

【添付書類について】

受付日付印

※ 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証を添付してください。 高齢受給者証または限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。

※ 資格喪失日の確認のため、再就職等で新たに取得された被保険者証の写しを添付してください。