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

提出日:令和 年 月 日

被保険者 氏 名	(フリガナ)		性別 生年月日						
				男・女	昭和 · 平成 年	月	日生		
被保険者 住 所	于	都道府県	)						
下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。									
資格喪失年月日	令和	年 月	日		食証の資格取得 と同じ日になり				
	ア	健康保険または船員保険の複	波保険者資格	を取得したた	め				
資格喪失の事由  ア、イのいずれかを 「〇」で囲み、再取 得後の資格をみて、 記入してください。 任意で脱退される 場合は、ウを選択 してください	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号番号								
		(				)			
	(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 (名	今和	年	月	日)			
	イ 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記号番号							
		(				)			
	(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 (名	<b>今</b> 和	年	月	日)	_		
	ウ	資格喪失を希望するため							
資格喪失証明書 発行要否		1. 発行を希望する	2.発行を希	望しない					
確認欄	□ この届出は私が作成したものであり、記載内容に誤りはありません。								
※押印は要りませんが、チェックをしてください。 【添付書類について】									

## 【添付書類について】

被保険者等

記号•番号

999

※「ア」または「イ」に該当する場合、被保険者および被扶養者の方に交付されている全ての 資格確認書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。

※「ア」または「イ」に該当される方は、資格喪失日の確認のため、再就職等で新たに取得された 資格情報のお知らせの写しを添付してください。

※「ウ」に該当する場合は、当組合の資格確認書は添付しないでください。後日、改めて返却していただきます。