

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

被保険者証 記号・番号	999 —		
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	〒 [ ][ ][ ][ ] — [ ][ ][ ][ ][ ] 都道府県		
	携帯電話番号 ( )		

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	→新しい保険証の資格取得日は (ア(3))と同じ日になります
資格喪失の事由  (ア、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証をみて、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)	<b>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</b> (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および所在地 名 称 ( ) 所在地 ( ) (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)	
	<b>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</b> (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 (令和 年 月 日)	
	<b>ウ 資格喪失を希望するため</b>	
確認欄	<input type="checkbox"/> 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】

※「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。

※「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被保険者証の写しを添付してください。

※「ウ」に該当する場合は、保険証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。

受付日付印