

受付日付印

理事長	常務理事	事務長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 險 者 欄	1 被保険者等記号・番号	212-		
	2 被保険者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	3 被保険者の氏名	(フリガナ)	(印)	
		(氏)		(名)
	4 被保険者の住所	〒	—	電話 ()

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。 令和 年 月 日提出

資格喪失年月日	令和	※ 年 月 日	※は、記入しないでください
資格喪失の事由 ア～ウのいずれかを「○」で囲み、選択いただいた事項を記入してください。	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		
	(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 (記号 番号)		
	(2) 適用事業所(お勤め先の会社)または船舶所有者の名称と所在地 名称 ()		
	所在地 ()		
	(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)		
イ 希望による (※翌月1日付けにて喪失)			
ウ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 (令和 年 月 日)			
エ 死亡したため 死亡年月日 (令和 年 月 日)			
6 適用欄			

- (注意事項) 1. お持ちであれば新しく取得した「資格情報のお知らせ」のコピーを添付してください。
 2. 資格確認書・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『始末書』が必要になりますので
 当健康保険組合（☎ 079-236-5673）までご連絡ください。