

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 険 者 欄	1	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	2 1 2 —		
	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)		㊟
			(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

5	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. 保険者証・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。