

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)	⑤
	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
5 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。