

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	被保険者証の記号・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の記号番号 (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	被保険者証回収欄					【被保険者証】 添付・滅失(扶養者 人) 【高齢受給者証】 添付・滅失
7	適用欄					

- (注意事項) 1. お持ちであれば再取得した被保険者証のコピーを添付してください。
2. 保険者証・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『紛失届』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。