

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

◎記入方法は別紙「記入例」をご覧ください。

被保険者等の 記号および番号	記号		番号	
被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
被保険者の氏名	(フリガナ)			
	(氏)		(名)	
被保険者の住所	〒 ー 都道府県			
電話番号	()			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失の事由 ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み再取得後の被保険者等の記号番号等を記入してください。	ア 健康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被保険者等の記号番号 (記号 番号) (2)適用事業所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)
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号 被保険者番号 () (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)
	ウ 脱退を希望するため (1)脱退申出日(令和 年 月 日) (2)資格喪失年月日は申出日の翌月1日となります。
摘要欄	

※ 健保組合使用欄

資格確認書回収	被 保 険 者		被 扶 養 者	
	未発行・添付・未回収・滅失		未発行・添付・未回収・滅失	
保険料還付の有無	有・無	年 月分 ~ 年 月分		

受付日付印