

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証		被保険者の氏名		生年月日			
	記号	900	フリガナ		昭和	年	月	日
	番号				平成			
	被保険者の住所		〒 _____		連絡先			
				電話	-	-		
				携帯	-	-		

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	← 新しい被保険者証の「資格取得日」 (資格喪失を希望する場合を除く)
<b>資格喪失の事由</b>  <small>該当に☑をし、必要事項を記入してください</small>	<input type="checkbox"/> 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	
	再取得後の被保険者証の記号番号	資格取得年月日
	記号	番号
	令和 _____年 _____月 _____日	
	適用事業所の名称および所在地	名称 所在地
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	後期高齢者医療の被保険者番号	資格取得年月日
		令和 _____年 _____月 _____日
	後期高齢者医療広域連合の名称	名称
	<input type="checkbox"/> 資格喪失を希望するため	
<small>被保険者証等が添付できないときは、その方の氏名・生年月日・理由を記入してください</small>		

- 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証を添付してください。  
高年齢受給者証や限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、併せて添付してください。
- 資格喪失日を確認するために、再就職等で新たに取得した被保険者証等の写しの添付をお願いします。
- 資格喪失を希望する申し出が受理された日の翌月1日に資格喪失となります。原則として、申出後に取り消しはできません。

健康保険組合使用欄

	受付日	受付番号	
	証回収日	被扶養者	交付無・回収
	保険料の返還	無 ・ 有 ( _____年 _____月分)	