

常務理事	事務長				担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

見本

喪

下記の①から④の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
(①から④以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

被保険者情報	被保険者	記号	123	番号	456	記入日	令和 6 年 12 月 2 日
	氏名	(フリガナ) ミナト タロウ				生年月日	昭和 47 年 7 月 18 日 平成 令和
		港 太郎					
住所	〒 108 - 0023		東京	都・道 府・県	墨田区墨田〇-〇-〇		
					電話番号 (日中の連絡先)	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。※裏面の添付書類と留意事項をご覧ください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 就職により健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため	
	再取得後の健康保険の被保険者 記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	適用事業所の名称	〇〇〇〇株式会社
	資格取得年月日	令和 6 年 12 月 1 日
	<input type="checkbox"/> ② 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		
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	()	
資格取得年月日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため		
<input type="checkbox"/> ④ 死亡したため		
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (亡くなられた日の翌日をご記入ください)	

健保組合 記入欄	令和 年 月 日 喪失
-------------	-------------

受付印