

常務理事	事務長	担当者

この申出書とともに  
**新しく加入された保険証のコピー**も提出ください。  
(家族全員分)

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

1	被保険者証の 記号および番号	5 0 -	-00
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)	
4	被保険者の住所	郵便番号	電話 ( )

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	令和	年	月	日	新しく加入した健康保険被保険者証の 資格取得日を記入してください。
6	資格喪失の事由	<p>次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。</p> <p>ア 健康保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>(1) 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 ( )</p> <p>(2) 適用事業所の名称および所在地  名称 ( )  所在地 ( )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)</p> <p>イ 船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>(1) 再取得後の船員保険被保険者証の記号番号 ( )</p> <p>(2) 適用事業所の名称および所在地  名称 ( )  所在地 ( )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)</p> <p>ウ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 ( )</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称  ( 後期高齢者医療広域連合 )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p>				
7	摘要欄					
		健保使用欄	受付日			決裁日