

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	50 - 55555 -00
2	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和 33年 3月 3日
3	被保険者の氏名	(フリガナ) 健保 太郎
4	被保険者の住所	郵便番号 ○○○○ - ○○○○ 電話 ○○○ (○○) ○○○○ ○○県○○市組合町11-1

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	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。 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証の記号番号 (12345-1234567) (2) 適用事業所の名称および所在地 名称 (○○△△健康保険組合) 所在地 (○○県××市△△-△△△) (3) 資格取得年月日 (令和 ○年 ○○月 ○日) イ 船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 再取得後の船員保険被保険者証の記号番号 () (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 (昭和・平成・令和 年 月 日) 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 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 () (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) (3) 資格取得年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)		
7	摘要欄	健保使用欄	受付日	決裁日