

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者整理 記号・番号	記号	番号	生年 月日	昭和・平成	年	月	日
	氏 名	(フリガナ)						
	住 所	〒						
電 話 番 号								

資 格 喪 失 の 事 由	資格喪失年月日	令和 年 月 日						
	該当する項目の□に✓印を付し、必要事項をご記入ください。							
	☐ ①再就職等、健康保険の被保険者資格を取得したため							
	☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため							
	☐ ③被保険者が死亡したため（代理申請者： 被保険者との続柄： ）							
☐ ④任意継続被保険者でなくなることを希望（理由： ）								
上 記 ① ② に ✓ 印 し た 場 合 ご 記 入 く だ さ い	新しい健康保険の 被保険者整理記号・番号	記号	番号					
	適用事業所または 都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称・所在地	名称						
		所在地						
	資格取得年月日	令和 年 月 日						

上記の事由により、任意継続被保険者資格喪失の申出をいたします。

令和 年 月 日

【 注意事項 】

※事由①②は、任意継続の資格確認書等返却時、新たに取得した資格確認書等のコピーを添付してください。

※事由④は、翌月1日以降に任意継続の資格確認書等をご返却ください。新たに取得した資格確認書等のコピーは後日送付してください。

※高齢受給者証、限度額適用認定証をお持ちの場合は、任意継続被資格確認書等と併せて当組合あてご返却ください。