

健康保険

任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被保険者の 記号及び番号	—
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏 名	(フリガナ)
	住 所	〒 一 TEL ()

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由 (該当項目に☑してください。)	資格喪失年月日	令和	年	月	日	
	☐ 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					
	※上記に☑した場合は、下記にご記入ください。					
	(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ()					
	(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 () 所在地 ()					
	(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)					
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
	※上記に☑した場合は、下記にご記入ください。					
	(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()					
	(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 (後期高齢者医療広域連合)					
(3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)						
☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため						
※上記に☑した場合は、下記にご記入ください。						
(1)保険者への申出年月日 (令和 年 月 日)						
※資格喪失申出書受理日の翌月1日喪失						
摘 要 欄						