

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者証の (右づめ)	記号	101	番号		生年月日	年	月	日
					☐ 昭和			
					☐ 平成			
氏名・印 記入日	(フリガナ)				以下の事由に該当するため、申出します。			
					記入日	令和	年	月 日
住所	(〒 —)				都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							

資格喪失の事由(該当項目に✓印を記入ください。)

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	※新しい保険証のコピーを添付してください。			
上記に✓印をした場合に「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	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✓印をした場合に「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
☐ 被保険者が死亡したため	死亡日	: 令和	年	月 日

健保使用欄

常務理事	課長	主任	担当

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

備考欄

受付日付印

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)