

# 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	健康保険 (右づめ)	記号 1 0 1	番号	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名 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。)	<input type="checkbox"/> 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	※「資格情報のお知らせ」のコピー ※「資格確認書」のコピー		} 新たに加えた健康保険から送付される左記のどちらかを添付してください。
	(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		
<input type="checkbox"/> 後期高齢者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			
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者制度の資格喪失を希望するため	※健康保険組合が資格喪失申出書を受付した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。			
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため	死亡日	令和 年 月 日		

備考欄	
-----	--

受付日付印
-------

※健康保険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。)

健保使用欄	資格喪失日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当
	保険料の還付	有 ・ 無						