| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 次長 | 課長 | 係長 | 主任･担当 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 1 | 被保険者証の記号・番号 | ― |
| | 2 | 被保険者の生年月日 | 昭和･平成　　年　月　日 |
| | 3 | 被保険者の氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| | 4 | 被保険者の住所 | 郵便番号（　－　）　電話番号 |

該当する資格喪失事由に☑を付け、該当項目をご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 5 | 資格喪失年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| | 資格喪失の事由 | ☐ **ア. 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**<br>(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<br>(　　)<br>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地<br>名称（　　）<br>(3) 資格取得年月日（令和　　年　　月　　日） |
| | | ☐ **イ. 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**<br>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号<br>(　　)<br>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称<br>名称（　　後期高齢者医療広域連合）<br>(3) 資格取得年月日（令和　　年　　月　　日） |
| | | ☐ **ウ. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため** |
| 6 | 被保険者証回収欄 | 【被保険者証】　添付 ・ 滅失　(扶養者　人)<br>【高齢受給者証】70歳以上の方　添付 ・ 滅失 |

(注意事項)

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

1.ア･イ に該当の方は、当組合の被保険者証･高齢受給者証及び、新たに**取得した被保険者証のコピーを添付**してください。

2.被保険者証･高齢受給者証を滅失した場合は、別途『滅失届』の提出が必要となります。

3.ウに該当の方は、当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。なお、被保険者証･高齢受給者証はこの申出書には添付せず、翌月1日以降に当組合(適用課)に必ず送付してください。

**4.ウに該当の方の喪失証明書は、資格喪失日以降の発行となります。**

【酒フーズ健康保険組合･適用課　TEL:03-3552-4004】