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	事業所記号・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 (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者の記号番号 （　　） (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（　　） (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 (1) 後期高齢者医療の被保険者の被保険者番号 （　　） (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）
		☐ ウ．任意継続被保険者でなくなることを希望するため
6	資格確認書･被保険者証回収欄	【資格確認書･被保険者証】　添付 ・ 滅失　(扶養者　人) 【高齢受給者証】 70歳以上の方　添付 ・ 滅失

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

(注意事項)

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、新たに取得した健保組合の取得日が確認できる書類（資格確認書、資格情報のお知らせ）を添付してください。
2. 資格確認書･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、資格確認書･被保険者証･高齢受給者証が発行されている場合、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】