

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	9999 - 12345
	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	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
	4	被保険者の住所	郵便番号 (○ - ○○) 電話番号 ○○○ - ○○ - ○○ 東京都港区麻布十番○ - ○ - ○

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。

ア・イに該当した場合は資格取得日を記入してください。
ウに該当した場合は当組合に郵送する属する月の翌月1日を記入してください。(注3)

5	資格喪失年月日	令和 ○年○月○日
	資格喪失の事由	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (○○酒造 株式会社) (3) 資格取得年月日 (令和 ○年○月○日)
		<input type="checkbox"/> 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"/> 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 1人) 【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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。