

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入日： 年 月 日

任意継続被保険者証の 記号番号および氏名	20 -	(氏名)
被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日
連絡先（可能であれば携帯電話）	—	—

◆下記の事由に該当するため、次のとおり申し出します。（□に『✓』を記入）

1. ☐	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（↓※記入欄へ）
2. ☐	この申出書が受理された翌月1日に資格喪失を希望するため
3. ☐	後期高齢者医療制度の被保険者となったため
4. ☐	被保険者死亡のため

※『1』が事由の時に記入してください。

再取得した健康保険 （または船員保険）の名称	
適用事業所 （または船舶所有者）の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日
備考欄	

【重要】

◆当健保組合の被保険者証及び他の受給者証（被扶養者分も）の返却をお願いします。

◆『1』の事由の時は、この申出書に下記を添付して提出をお願いします。

- ・新たに取得した健康保険の『資格情報のお知らせ』写し（被保険者分のみ）

受付日付印