

# 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員

申 出 者 情 報	被保険者証の (右つめ)	記号 9 9 2 0	番号	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名	(フリガナ)			
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 - )	都 道 府 県		

資 格 喪 失 の 事 由 ( 該 当 項 目 に ✓ 印 を ご 記 入 く だ さ い 。)	<input type="checkbox"/> 健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため				
	上記に✓印した場合に下記(1)~(4)をご記入ください。(下記添付書類の添付をお願いいたします。)				
	(1) 再取得した事業所の管轄全国健康保険協会または健康保険組合	名称			
	(2) 再取得した適用事業所又は船舶所有者の名称及び所在地	名称			
		所在地			
	(3) 資格取得年月日	(4) 資格喪失年月日 ( (3) 資格取得日と同日です )	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	添付書類	・任意継続被保険者証 ・資格取得年月日のわかるもの(被保険者証※など)の写 ※被保険者証の写を添付いただく場合は、記号番号欄をマジックで塗りつぶす等マスキングをお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 申出により、任意継続被保険者の資格喪失をしたため	・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ・申出時には添付書類は不要です。 被保険者証は、この申出書に添付しないでください。			
	資格喪失日は、健康保険組合が任意継続被保険者資格喪失申出書を受理した日の翌1日になります。				
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため				
上記に✓印した場合に下記(1)~(3)をご記入ください。(下記添付書類の添付をお願いいたします。)					
(1) 死亡した年月日	令和 年 月 日				
(2) 資格喪失年月日 ( (1) 死亡した年月日の翌日です )	令和 年 月 日				
(3) 申出者氏名 (続柄)	氏名	続柄	( )		
添付書類	・任意継続被保険者証				

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

受付日付印
-------