

任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事		担当	担当

被 保 険 者 欄	記号	999	フリガナ			
	番号		氏名			
	住所	〒 - 都道 府県		TEL (自宅)		
メールアドレス		TEL (携帯)				

下記の事由に該当するため次のとおり申し出します。

喪失事由（ア～ウのいずれかを「○」で囲み、アまたはイに該当の方は下記摘要欄にご記入ください）

- ア 就職等により他の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
- 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
- ウ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため(喪失日：申出を受理した日の翌月1日付)

摘 要 欄	【喪失事由がアまたはイの方のみ】
	再取得した被保険者証をご覧になり、ご記入ください。
	※再取得後の被保険者証のコピーを同封いただいても構いません。（貼り付けは不要）
	記号 - 番号
	交付日
	資格取得日
保険者名	
保険者番号	

※「健康保険証」は資格喪失申出書と一緒に返納下さい。

令和 年 月 日提出

※組合使用欄

受 付 印

資格喪失日	令和 年 月 日
被保険者証回収日	令和 年 月 日
	回収枚数 () 枚