

	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係
決裁						

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

記号・番号	8900 ー	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住所	〒 ー					
個人番号（記号番号記入の場合は不要）						

下記のとおり、任意継続被保険者資格喪失を申出します。

保険料納付方法が貯金口座振替の場合、取消してください。

資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失の事由 ア～エのいずれかに○を付し、再取得後の被保険者証記号番号等を記入してください。	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 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 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 年 月 日
	イ 被保険者の申出による （健康保険組合が申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失） (1) 国民健康保険に加入する (2) 健康保険等の被扶養者となる (3) その他 ()
	ウ 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 番号 (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 後期高齢者広域連合 (3) 資格取得年月日 年 月 日
	エ 被保険者が死亡したため 死亡年月日 年 月 日

※資格喪失の事由がアの場合、新しく資格取得された健康保険証の写しを添付してください。