

常務理事	事務長	係長	担当者

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者証の記号および番号	702 -		
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)		
		(印)		
4	被保険者の住所	郵便番号 -	電話番号 ( )	(日中の連絡先)
		都道府県		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

	資格喪失年月日	令和	年	月	日
5	資格喪失の事由	<p>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</p> <p>(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 記号( ) 番号( )</p> <p>(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( )</p> <p>(3)資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 番号( )</p> <p>(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称( )</p> <p>(3)資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )</p>			
6	摘要欄				

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	(印)
---	-------------------	-----

### 【この申出書に添付して提出するもの】

- ①新しく取得した健康保険被保険者証の写
  - ②当組合より交付されている被保険者証(高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合は併せて)
- ※被扶養者の方がいる場合は被扶養者の方の分も併せてご返却ください。

受付日付印