

受 付 日 印

常 務 理 事		事 務 長		担 当 者	
------------------	--	-------------	--	-------------	--

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者	記 号	番 号	氏 名	生年月日(和暦)				
	20			昭和 平成	年	月	日	
	住 所						電 話 番 号	
	〒 -							

【以下、資格喪失の事由の該当項目：□に✓印を記入の上、必要項目をご記入ください。】

□ 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			
必 要 項 目	(1)再取得後の被保険者証の記号番号		
	(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	令和	年 月 日

□ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳～74歳の方)			
必 要 項 目	(1)後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号		
	(2)都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	名称：	() 後期高齢者医療広域連合
	(3)資格取得年月日	令和	年 月 日

□ 任意継続の脱退を希望するため	
☐ 国保加入	
☐ その他	
※ 資格喪失日は、この申出書を健保にて受理した日の属する月の翌月1日となります。	
※ 資格喪失日までは被保険者であるため、この申出書に被保険者証を添付して返却しないでください。	
※ 原則として、任意の資格喪失の申出の取り消しはできません。	