

届出コード
2 3 2 0

常務理事	事務長		

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

申請日 令和 年 月 日														
被 保 険 者 欄	1	被保険者 記号・番号	9	9	0	1	-							
	2	被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和							年		月		日
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) (氏)						(名)					
	4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 (-) 電話番号 () 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。

資格喪失の事由	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の名称および所在地 名称 () 所在地 ()	
ア、イ、ウのいずれかを○で囲み、内容を記入してください。	③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)	
	イ 後期高齢者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 (後期高齢者医療広域連合)	
	③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)	
	ウ 任意の資格喪失（枠内にチェックを入れてください） <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望します。	
6	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※ 保険者使用欄

保険者証の回収状況	被保険者	被扶養者
	添付・未回収・滅失	添付・未回収・滅失

受付日印

資格喪失日	令和 年 月 日
-------	----------