

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 ()		

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	<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の記号番号 記号 () 番号 ()</p> <p>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 ()</p> <p>③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p>							
	<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 () 後期高齢者医療広域連合 ()</p> <p>③ 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p>							
	<p>ウ 任意の資格喪失 (枠内にチェックを入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望します。</p>							
	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
資格喪失日	令和 年 月 日	

受付日印