

--	--	--	--

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号及び番号	記 号	2800	番 号	5678
	被保険者の 氏名	健保 太郎			
	被保険者の 生年月日	昭和 昭 和 ・ 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
	被保険者の 住所	〒 ○○○ - ○○○○ TEL ○○○○-○○-○○○○ 東京都○○市○○ △丁目△△△番地△号			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出いたします。

資 格 喪 失 の 事 由	ア・イ・ウのいずれかを「○」で囲み、各項目を記入してください。	<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) 新たに取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 記号 (○○○○) 番号 (○○○○) 資格取得年月日 (令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)</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 (○○○○株式会社) 所在地 (○○○○○○○○○○○○○○○○○○○)</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証の被保険者番号 ()</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (都・道・府・県 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>※ ア・イの場合は新たに取得した健康保険の保険証 (写) と任意継続被保険者証を添付して下さい。</p> <p>ウ 任意継続保険者による資格喪失の申し出</p> <p>※ ウの場合は喪失日後に任意継続被保険者証を当健保組合まで返却して下さい。</p> <p>エ その他 ()</p>
---------------------------------	---------------------------------	--

健 保 記 入 欄	資格喪失 年月日	令和 年 月 日
		※アまたはイ欄の資格取得年月日
		※ウの場合は受理日の翌月1日が資格喪失年月日
		※エの場合は事象による