



任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	担 当

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記 号	番 号	資 格 取 得 日	令和 年 月 日				
				資 格 喪 失 予 定 日	令和 年 月 日				
				※ 健康保険証内に記載されていますのでご確認ください。					
	被 保 険 者 名	印		生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	性別
被 保 険 者 住 所	〒								
		電話 — —							
喪 失 理 由 (該当するところへ○をしてください)	1. 再就職 (資格取得年月日 令和 年 月 日) ※ 再就職先の健康保険証の「資格取得年月日」を記入ください。								
	2. 死 亡 (死亡年月日 令和 年 月 日)								
	3. その他 (<input type="checkbox"/> 法定期間満了 ・ <input type="checkbox"/> 保険料未納 ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当)								

【注意事項】

- (注1) 被保険者が記入する欄(太枠内)を記入してください。
- (注2) 送付の際は必ず「任意継続保険証」を添付してください。
- (注3) 再就職された方は、就職日が確認できるものを添付してください。(就職先の保険証のコピー、または雇用(労働)契約書等のコピー)

健 保 記 入 欄	喪失日	令和 年 月 日
-----------------------	-----	----------