

提出日を記入

任意継続被保険者 資格喪失申請書

記入、捺印してください

年 月 日提出

代表理事	担当

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	番号	資格取得日	平成・令和	年	月	日		
				資格喪失予定日	平成・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・平・令	年	月	日	性別 男・女		
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 平・令 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 平・令 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)
- (注4) 健康保険法第38条により、喪失理由が1・2以外の場合は、任意(自己都合)での資格喪失はできませんのでご留意願います。
(例えば国民健康保険に切替える、家族の加入する健康保険の被扶養者になる等)

ご確認ください

健保記入欄	喪失日	年	月	日
-------	-----	---	---	---