様式6-2

地域医療振興協会
健康保険組合
JADECOM Health Insurance Organization

任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報						
被保険者証の記号番号（左づめ）	記号 ― 番号 ／ 枝番	生年月日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日	性別	□ 男 □ 女	
フリガナ / 氏名		連絡先	□ 自宅 □ 携帯			
住所	〒 ― 都道府県 市区町村	町名・番地 アパート・マンション名				

資格喪失事由（該当項目に✔印をご記入ください。）			
資格喪失年月日	令和 年 月 日		
□ 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証の保険者番号・記号番号	保険者番号	
		記号・番号	・
	(2)適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地	名称	
		所在地	
	(3)資格取得年月日	令和 年 月 日	
□ 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証の被保険者番号		
	(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	後期高齢者医療広域連合	
	(3)資格取得年月日	令和 年 月 日	
□ 死亡したため	死亡日	令和 年 月 日	
□ 被保険者からの申出	資格喪失年月日（この申出書がJADECOMけんぽに届いた日の属する月の翌月1日）	令和 年 月 日 0 1	
摘要欄	※申出書を提出する際に被保険者証を添付できない場合はその旨を記入してください。		

上記の事由に該当するため、申出します。

令和　　年　　月　　日

組合受付印

ver.20230401