

任意継続被保険者 資格喪失申出書

ŀ	記し	人何		*	就職	(等に	より	、他の	の健	康伊	呆険に	加入す	tる場・	合	被保険者(申請者)記。								
被	被保険の記号 の記号 (左・	9	番 - 1	番号 枝番 生年月日 上 昭和 年 X X								月 Y	炒井 兄員										
保険者情	氏													保険証は	lí l	1 2 3 4 0 0 0 0							
報	住	-	0 0 0 0 A 4 1 - 2 都道府県 OO医								サ名・番地 アパート・マンション名 アパート・マンション名												
	資本	各喪失年	F月	日	令	c.	年 月 日 X X X X																
資格喪失事由(健康(保険の を取得	被	保険者		· 各	(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 (2)適用事業所または 船舶所有者の名称及び所名							保険者 番号 記号・ 番号 就職先で受け取った新し 名 称 い保険証の内容を記入									
該当項目	į				Ī	見じ				月日				令和	年 X X	月 Y	X	X	= 1				
ロにと印をご記る		後期高の被係ため				度 <u>(</u> 2	被()都道 広 ⁵		者証 県後 合の	Eの :期記)名 ^注	被保险 高齢者 称	食者番	<u> </u>	令和	年	月	後期記		者医療	逐広均	述連合		
入ください	: 🗆	死亡し	<i>t=t</i> :	<u>-</u> め			死 亡 日							令和	年	月	B						
		被保险	者:			出 (さ た	資格喪失年月日 (この申出書がJADECOMけ た日の属する月の翌月1日)							令和	年	月	0	1					
	摘	要	欄		申出	書を振	出す	る際	に被	保隆	食者証	を添付	できない	い場合はその	の旨を	記入し	てくだ	さい、	0				

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

この用紙と一緒に

- 任意継続被保険者の保険証等
- ・新しい職場で発行された保険証のコピー

を必ず送付してください

寸 印

ver.20230401



任意継続被保険者 資格喪失申出書

言己 入 何 ※被保険者からの申出による喪失 被保険者(申請者)言													- 1 E																	
L																														
	被	保険者証 記号番号						番号					Ť	生年月日				昭和		月		日		性別		少男				
被保険者情報		記 5 留 5 (左づめ)	9	9	9	9		1	0	0	0		1	2			н		平成	.	X	X		X		X	土力	- 1	□ 女	
	2	フリガナ チイキ タ							77								T.		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	•	\leq	V	携	昔						
		无 名		地域大												枝番は、保険証に印字							7					1		
		<i>ا</i> ل ک							(A)					されている場合に訂					記入 1 2 3 4 0							0	0 0	0		
報	Z .		Ŧ	0	000-			0	0	0	0							1-2	-3				٠				•		町名	名•番地
		主所	-					都道府県					<u>::::::</u>		市区	町村		・ マンション101号室											ション名	
				泵	京						C	0	X			L		マン	ショ	ン	101	/号	屋							
							1	午		月		П	1				Janes			.,			,				.,	ļ. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.		[
	1	資格喪失	年月	日目		令和	П																							
						14 11.		^	_	X		1						Tro ax ±												
箵	ζ.								(1)再取得後の健康保険または 保険者 番号 番号																					
資格喪失事由	3			保険または船員 D被保険者資格								の被保険者 号・記号番 ^号						記	号・									<u> </u>	<u> </u>	
	₹ -								1/1	χ Ή	《伯伊方·配方伊方 ———————————————————————————————————							番-	号							_				
す	- -	保険 を取				負化		(2) i	商用	事	業百	所または						名	称											
由	3	2-12							者の名称及び所在地			际	在地																	
一該			-								171111111					/r: II II II														
当	1			(3)資格取得年月日									令和	<u> </u>	年		月		日											
(該当項目に)印をこ記入くだ	1											1. 1																		
i									(1)後期高齢者医療の 被保険者証の被保険者番号																					
r Fr		, 以 版								(2)都道府県後期高齢者医療																				
を										広 <mark>域連合の名称</mark>								後期高齢者医療広域連合												
_ 							-		\dashv												年		月				1日区原丛奥			<u>単台</u>
八				(3)資格取得年月日										令和	ı															
<	<u>:</u>																	F		П										
たさ	=	□ 死亡	した	たため					E	ť	_	ı	∃						令和	,	年		月		日					
さい	<u> </u>													1. 1																
	0	॓₩保	 全	÷ 45					-年月日				けんぽに届い		코1. \		令和		年		月		日							
		以	灰乍	1,73		ļc	J (ン日付 			ADECOME の翌月1日							——————————————————————————————————————	'	X	X		X	0	1					
					 ₩ F	申出言	書を	·提占	出する際に被保険者証を添付							付でき	きない	\場行	合はそ	·の	旨を	記	人し	てく	ださ	٠, ۱٠°				
		摘要	朴	剿			/	_																						
					<u> </u>		7				_			•					e失 E		- •		. –		~ Z	2 C	,			
	『申出書がJADECOMけんぽに届いた日の属する月の												リュ	纪尺																
1日』になります。 郵便事情により到着が遅れた場合は、1か月後の1日に																														
上	上記の事由に該当するため、申し								なりますのでご注意ください。									□ 八 □												
また、一度行った申出の取り下げはできません											h	0			J															
令和 XX 年 XX 月 XX 日												/																		
					-																									