

<健康保険組合使用欄>

常務理事	事務長等	係

<注意>

ご希望の日で喪失できない場合がありますので、送付前に必ず健康保険組合へご一報ください。

電話 0742-27-1590

### 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	1 被保険者等 記号・番号 記号 220 番号	2 生年月日 (和暦) 年 月 日
	(フリガナ)	
	3 氏名・印	印
	4 住所 〒	
	5 電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )	

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に レ 印 を ご 記 入 く だ さ い)	6 資格喪失年月日 (和暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ① 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【再就職等の場合】	
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等 記号・番号	記号 番号
	(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 所在地
	(3) 資格取得年月日 (和暦)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> ② 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等 番号	
	(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称 ( ) 後期高齢者医療広域連合
	(3) 資格取得年月日 (和暦)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> ③ 申出により任意継続被保険者の資格を喪失したため	
<input type="checkbox"/> ④ 被保険者が死亡したため		

【注意】「資格喪失年月日」は、次の通りとなります。

- ①の場合は、新たな健康保険の被保険者資格を取得した日 (再就職日)
- ②の場合は、後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得した日
- ③の場合は、本申出書を当組合が受理した日の翌月 1 日
- ④の場合は、被保険者が死亡した翌日

年 月 日

上記の事由に該当するため、申出します。