

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

令和 年 月 日提出

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日			性別
記号	番号(右づめで記入)		昭和 平成	年	月	
						男・女
記載住所が今後の健保登録住所となります。(健保からの郵送物は下記住所へ送付されます)						
住所 (任継加入後)	〒 ー	自宅				
		携帯				

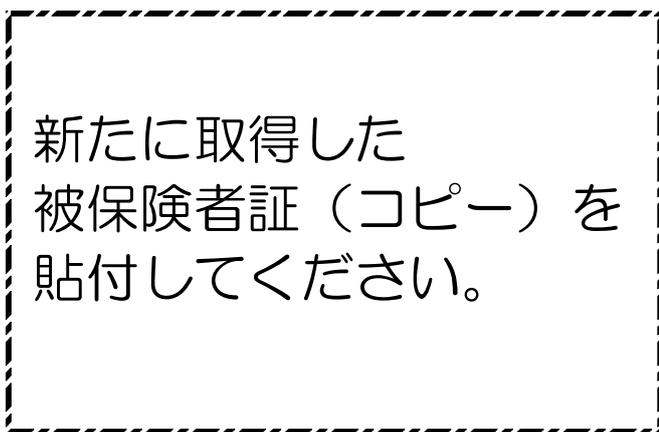
資格喪失事由 (該当する方に✓して下さい)	<input type="checkbox"/> 健康保険(または船員保険)の被保険者資格を取得したため
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
取得した健康保険(*)の名称	
取得した健康保険(*)の 記号番号	
資格取得年月日	令和 年 月 日

(*) 船員保険の方は船員保険の名称及び記号番号、後期高齢医療制度の方は**広域連合の名称及び被保険者番号**をご記入ください。

【添付書類】

- ①任意継続被保険者資格者証(被扶養者分含む)
- ②新たに取得した被保険者証のコピー(被保険者分のみ下記の欄に貼付)

※被保険者証を紛失した場合は、別途「紛失届」が必要です。



健保記入欄	資格喪失年月日		入力者	
	還付	あり・なし		
	証添付	証 枚		
		高齢 枚		

受付日付印

健康保険被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。

(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。)

備考	
----	--

(R3.4)

日本製鉄健康保険組合