

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

健 康 保 険 被 保 険 者 証									
記 号				番 号 (右づめで記入)					
9	9	9	0			5	6	7	8

平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) ケンポ	(名) タロウ
健保	太郎 印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

自 宅 住 所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×	
自 宅 電 話 番 号	×××-××××-××××	

資 格 喪 失 理 由 該当する番号に○印をしてください。	添 付 書 類	資 格 喪 失 日
1. 被保険者になったとき (再就職により他の健保組合等に参加したとき)	再就職先の被保険者証(コピー)を添付	当 日
2. 船員保険の被保険者となったとき	船員保険の被保険者証(コピー)を添付	当 日
3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	後期高齢者医療被保険者証(コピー)を添付	当 日
○ 4. 死亡したとき	「死亡診断書」の写しまたは「埋葬許可書」の写し	翌 日

【注 記】 この申請により被扶養者も同時に取り消しとなります。

健 保 記 入 欄			
資 格 喪 失 年 月 日			
平成	年	月	日

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	
----	--