

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) ケンボ	(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. <input checked="" type="radio"/> 被保険者になったとき (再就職により他の健保組合等に加入したとき)	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

受付目付印

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	
----	--