

常務理事	

受付印

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者	被保険者等記号番号	記号 — 番号	生 年 月 日
		〇〇 — 〇〇〇〇	S・H・R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	(フリガナ)	ケンボ タロウ	必ず自署にて記載してください。
	氏 名	健保 太郎	
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 △△県△△市〇〇町〇〇-〇〇	
電 話 番 号	〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	*日中連絡が取れる電話番号	

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に ✓ 印 を ご 記 入 下 さ い)	資格喪失年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	☐	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		
	上 ご 記 入 ✓ 印 だ し た 場 合 に	(1)再取得後の健康保険または 船員保険の被保険者等の記号番号		
		(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	令和 年 月 日		
	☐	後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
	上 ご 記 入 ✓ 印 だ し た 場 合 に	(1)後期高齢者医療の被保険者等の 被保険者番号		
		(2)都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	()	後期高齢者医療広域連合
		(3)資格取得年月日	令和 年 月 日	
☒	加入者本人の申し出による			
☐	死亡による 死亡による資格喪失の場合、当組合(088-676-2765)までご連絡ください。			
適用欄				

年 月 日

(注)この申請には下記を必ず添付してください。

1.当健保組合が交付した下記の証類等(扶養者分も含む)

- ・ 任意継続被保険者証、資格確認書(発行されている場合)
- ・ 限度額適用認定証(発行されている場合)
- ・ 高齢受給者証(発行されている場合)

※加入者本人の申し出による資格喪失の場合は、資格喪失日以降速やかにご返却ください。

2. 就職された場合は、就職先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し(被保険者分のみ)