

健康保険 任意継続被保険者資格喪失届

被 保 険 者 欄	記号一番号	記号	5 0	番号	●●●
	被保険者の氏名	フリガナ プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎			
	被保険者の生年月日	昭●平 ●● 年 ●● 月 ●● 日			
	被保険者の住所	〒 XXX - XXXX 電話番号 XX (XXXX) XXXX ●●●県●●●市●●● ●-●-●			

下記の事由に該当するため、次のとおり届出ます。

資 格 喪 失 事 由 に つ い て	右のア・イ・ウ・エのいずれかの ☐ をチェックして ☒ にしてください。	☒ ア 健康保険の被保険者資格を取得したため (1) 再取得後の健康保険の被保険者の記号・番号 記号 △△ 番号 △△△ (2) 適用事業所（就職先）の名称及び所在地 名称 △△△株式会社 所在地 △△県△△市△△ △-△-△ (3) 資格取得年月日 令和 ●●年 ●●月 ●●日
		☐ イ 被保険者が死亡したとき 死亡した日 令和 年 月 日
		☐ ウ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療制度の被保険者の記号・番号 記号 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 令和 年 月 日
		☐ エ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため
	摘要欄	

※次頁「任意継続の資格喪失届出時における留意事項について」を参照の上、添付書類等ご対応ください。

健康保険組合使用欄

資格喪失年月日	令和 年 月 日
---------	----------

健保受付	常務理事	事務長	担当者