健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	1	被保険者証の記号及び番号	記　号	番　号
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	3	被保険者の氏名		
	4	被保険者の住所	郵便番号　〒　　－　　電話	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
	資格喪失の事由 ア～エのいずれかを「○」で囲み、ア、イ、については、再取得後の被保険者証の記号番号を記入してください。 ※アについては、新しい保険証のコピーを添付してください。	ア　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 (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 （　　） (2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名　称（　　） 所在地（　　） (3) 資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日）
		イ　後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者になったため (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　　） (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 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）
		ウ　申出による喪失 資格喪失日　；　申出が受理された日の属する月の翌月１日
		エ　死亡 死亡年月日(令和　　年　　月　　日)
6	摘　要　欄	

決　裁	理事長	常務理事	事務長

20220101