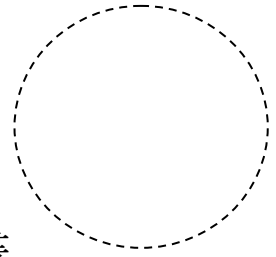


|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
|      |     |    |    |



健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

|                        |                 |    |      |        |         |   |   |
|------------------------|-----------------|----|------|--------|---------|---|---|
| 被保険者証<br>記号番号          | 記号<br>100       | 番号 |      |        |         |   |   |
| 被保険者<br>氏名             | 印               |    | 生年月日 | 昭・平    | 年       | 月 | 日 |
| 住所<br>電話番号             | 〒               |    | —    |        | TEL ( ) |   |   |
| 振込先<br>(保険料の返金がある場合記入) | 被保険者口座名義 (カタカナ) |    | 種別   | 普通・( ) |         |   |   |
|                        |                 |    | 口座番号 |        |         |   |   |
|                        |                 | 銀行 | 支店   |        | (右詰で記入) |   |   |

資格喪失の事由 (該当事由の口に✓をご記入ください。)

|   |                                 |   |        |             |   |
|---|---------------------------------|---|--------|-------------|---|
| 資格喪失<br>年月日   | 令和                              | 年 | 月      | 日           |   |
| <input type="checkbox"/> 他の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<br>【添付いただくもの】任意継続被保険者証と「新しい被保険者証のコピー」を添付してお送りください。   |                                 |   |        |             |   |
| 上記に<br>✓した<br>場合に<br>記入   | 再取得後の健康保険または<br>船員保険の被保険者証の記号番号 |   |        |             |   |
|   | 適用事業所または<br>船舶所有者の名称および所在地      |   | 名称     |             |   |
|   | 資格取得年月日                         |   | 令和     | 年           | 月 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者による任意の資格喪失を申し出るため<br>【添付いただくもの】任意継続被保険者証を添付してお送りください。添付が無い場合は喪失証明書の発行ができません。 |                                 |   |        |             |   |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため   |                                 |   |        |             |   |
| 上記に<br>✓した<br>場合に<br>記入   | 後期高齢者医療の被保険者証の<br>被保険者番号        |   |        |             |   |
|   | 都道府県後期高齢者医療<br>広域連合の名称          |   | 名称 ( ) | 後期高齢者医療広域連合 |   |
|   | 資格取得年月日                         |   | 令和     | 年           | 月 |
| 摘要欄   |                                 |   |        |             |   |

令和 年 月 日

上記の事由に該当するため、申出します。

【送付の際のお願い】紛失防止のために配達記録の取得できる方法でお送りください。