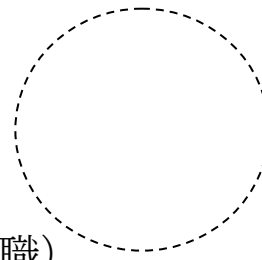


常務理事	事務長

記入見本（就職）



健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書（就職）

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000
被保険者 氏名	神戸 太郎	生年月日 昭 和 10年 1月 1日
住所 電話番号	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090 (1234) 5678	
振込先 (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) コウベ タロウ	種別 普通 ()
	〇〇銀行	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 (右詰で記入)

資格喪失の事由（該当事由の□に✓をご記入ください。）

資格喪失 年月日	令和 5年 5月 1日	新しい会社の保険証の資格取得年月日と同じ
-------------	-------------	----------------------

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

【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 ✓した 場合 に 記入	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	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	名称 〇〇〇〇株式会社 所在地 東京都〇〇区××987-654
	資格取得年月日	令和 4年 5月 1日

被保険者による任意の資格喪失を申し出るため

【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。

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

上記に ✓した 場合 に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	
	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
	資格取得年月日	令和 年 月 日

摘要欄

令和 5年 5月 10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。

常務理事	事務長

記入見本（任意脱退）

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000
被保険者 氏名	神戸 太郎	生年月日 昭 和 10年1月1日
住所 電話番号	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090(1234)5678	
振込先 (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) コウベ タロウ	種別 普通・()
	〇〇銀行	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 (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 年月日	令和 5年2月1日	資格喪失年月日は電話による申出が 受理された日の翌月1日
<input type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を喪失したため 【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 ✓した 場合に 記入	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	名称
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	所在地
	資格取得年月日	令和 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者による任意の資格喪失を申し出るため 【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 ✓した 場合に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	名称 () 後期高齢者医療広域連合
	都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
摘要欄		

令和 5年1月13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。

常務理事	事務長	課

記入見本（後期高齢者）

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000		
被保険者 氏名	東京 花子		生年月日	昭・平 23年 11月 4日
住所 電話番号	〒000-000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090 (1234) 5678			
振込先 (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・()	
	銀行	口座番号		

振込先記入不要

資格喪失の事由（該当事由の□に✓をご記入ください。）

資格喪失 年月日	令和 5年 11月 4日	75歳の誕生日と同日になります
<input type="checkbox"/> 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 【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 ✓した 場合に 記入	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	
	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
	資格取得年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 被保険者による任意の資格喪失を申し出るため		
<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 【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。保険証到着後、喪失証明書の発行となります。		
上記に ✓した 場合に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	1234-56789
	都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	名称 (〇〇県) 後期高齢者医療広域連合
	資格取得年月日	令和 5年 11月 4日
摘要欄		

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 5年 11月 5日

【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。