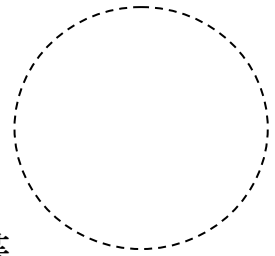


常務理事	事務長	課長	担当



健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号番号	記号 100	番号					
被保険者 氏名			生年月日	昭・平	年	月	日
住所 電話番号	〒 - TEL ()						
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・()			
			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 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 【添付いただくもの】任意継続被保険者証と「新しい“資格情報のお知らせ”のコピー」をお送りください。							
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				
	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 【添付いただくもの】任意継続被保険者証をお送りください。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 【添付いただくもの】任意継続被保険者証をお送りください。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						
	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							

資格喪失証明書の発行は必要ですか (該当の口に✓をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 必要としない	<input type="checkbox"/> 必要とする	※国民健康保険の加入等には必要になります
---------------------------------	--------------------------------	----------------------

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。