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					
記号番号		100	6000					
被保険者		三 太朗	生年月日 昭· ① 10 年 1 月 1 日					
		₹ 000-0	00					
住電影	所 チ 釆 早	〇〇県口口市	△△区××12 ;	3-45-678号室				
電話番号				連絡先電話番号 090(1234)5678				
ta	:>= <i>t</i> .	被保険者口座名靠	簑 (カタカナ)	種別・()				
	込先	コウイ	・ タロウ	口座番号 1 2 3 4 5 6 7				
(保険料の返金が ある場合記入)		00		〇〇支店(右詰で記入)				
資格部	要失の事	 由(該当事由の	□に√をご記入く					
資格喪失 令和 6年12月 1日		2月 1日 ◆…	・・・ 資格取得年月日と同じ					
	建康保険	または船員保険	の被保険者資格を	を取得したため				
_				要です。 例)「資格情報のお知らせ」のコピー				
上記		後の健康保険またに 後の被保険者証の記	1 '7 '4	4-56789				
にくした	適用事業所または		名 称	□□□□株式会社				
場合に	船舶所有	自所有者の名称および所在地		東京都〇〇区××987-654				
記 入	資格取得	} 年月日	令和	6 年 12 月 1 日				
☐ 1	被保険者	作による任意の資	[格喪失を申し出る	るため				
□ 1	後期高齢	お	は保険者となった/	ため				
土記い〉	後期高齢 被保険者	命者医療の被保険者 音番号	証の					
した場合に記	都道府県 広域連合	具後期高齢者医療 その名称	名 称	()後期高齢者医療広域連合				
に記入	資格取得	- 	令和	年 月 日				
摘	要欄							
 資格虫	E 失証明	書の発行は必要	 ですか(該当の□					

☑ 必要としない □ 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 6 年 1 2 月 1 0 日

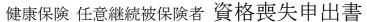
上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください

常務理事

事務

記入見本(任意脱



被保険者証		記号番号								
記号番号		100	6	6000						
被保険者 氏 名		神戸 太朗		生	年月日	昭・③	10年	1 月	1 目	
住 所 電話番号		〒 000−000								
		○○県□□市△△区××123-				45-678号室				
		被保険者口座名義(カタカナ)				各先電話都 種 別	等号 0 9	0 (12	34) 5	678
振込先						ェ ~ . 座番号	1	2 3	4 5	6 7
	料の返金が 場合記入)	コウベ タロウ					> ++		(右訴	吉で記入)
		○○ 銀行					文店			
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 6年12月1日 ◀…						による申	出が	
□健	□健康保険または船員保険の被保険者資格を取っている。 □ ・									
上記	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							
した場合			— г							
一合に	MINITION IS TO A CONTINUE OF C			所在地						
記入	資格取得年月日			令和	年	月 日				
∠ ;	坡保険者	たよる任意の資	【格喪失る	を申し出る	ため					
	後期高齢	る医療制度の被	保険者の	となったた	め					
上記にく	後期高齢 被保険者	命者医療の被保険者 作番号	証の							
した場合に記	都道府県 広域連合	後期高齢者医療 の名称	名 称	() 1	後期高齢者	医療広域	連合	
に記入	資格取得	4 年月日		令和	年	月	Ħ			
摘星	摘要欄									
資格惠	失証明	書の発行は必要	ですか	(該当の□Ⅰ	こくをこ	ご記入くが	どさい。)			

□ 必要としない ☑ 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 6年11月13日

上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください

常務理事 事務長

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

	除者証 子番 号	記号 100	番号 60	0 0				
被保険者氏名		東京 花子		生年月日	图• 平	24年1	2 月 4 日	
住 所電話番号 振込先 (保険料の返金がある場合記入)		〒〇〇〇一〇〇 〇〇県口口市		123-	· 45-67 連絡先電話		90 (123	4) 5678
		被保険者口座名義(カタカナ)			種 別口座番号	普通	振込先記	入不要)
	長失の事 各喪失	由(該当事由の			•••••			:
年月日 令和 6年 1 2 月 □健康保険または船員保険の被f				資格を取得	75 歳の誕生 导したため	3と同日	になります	
上記に~した場合に		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						
		美所または 有者の名称および戸		称 				
記 入 ———	資格取得	异年 月日	令	`和 年	三 月 日			
	被保険者	作による任意の資	資格喪失を ほ	し出るた	:め			
2	後期高齢	常者医療制度の被	せ保険者とな	よったため)			
上記に	後期高齢 被保険者	命者医療の被保険者 音番号	作証の 1	234-	-56789	9		
• した場合に記	都道府県 広域連合	県後期高齢者医療 計の名称	名	名 称 (〇〇県)後期高齢				療広域連合
行に記入	資格取得		令	和 6 年	手 12 月 4	4 _目	,	
	要欄	妻の発行は心面		- N	<u> </u>	18 \		

資格喪失証明書の発行は必要ですか(該当の□に√をご記入ください。)

□ 必要としない ☑ 必要とする ※国民健康保険の加入等には必要にな	いります
------------------------------------	------

令和 6年12月 5日

上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください