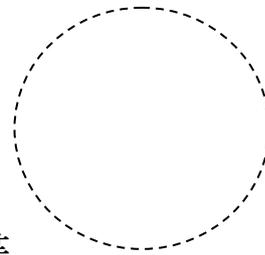


常務理事	事務長	課長	担当



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 【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				
	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 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。