

常務理事	担 当

任意継続被保険者資格喪失申出書

①記号・番号	100		②被保険者の氏名	
③性別	男・女	④生年月日	昭和・平成	年 月 日生
⑤住所	(郵便番号) —	(電話) —	—	—

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和 年 月 日 提出

⑥ 資格喪失の事由 ☆ いずれかの理由を「○」で囲み、必要事項を記入してください。 1の場合は、「資格情報のお知らせ」または資格取得日のわかる「雇用（労働）契約書」等のコピーを添付してください。	1 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 (1)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 () (2)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 () (3)資格取得 (令和 年 月 日) 年月日
	2 任意継続被保険者資格の喪失を希望 (1)脱退希望 (令和 年 月 1 日) 年月日
	3 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () (2)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) (3)資格取得 (令和 年 月 日) 年月日
⑦ 摘要欄	

※ 資格喪失年月日 令和 年 月 日 喪失

○注意事項

- 線内を記入し提出してください。
- 資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は返却が必要です。
- 再就職された方は健保から発行された「資格情報のお知らせ」か、「資格確認書」または、資格取得日が確認できる「雇用（労働）契約書」等の写しを添付してください。
- ※は記載不要です。

／ 受付日付印 \