

届出コード
2 3 2 0

常務理事	事務長		

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

申請日 令和 年 月 日

被 保 險 者 欄	1 被保険者 記号・番号	9 9 0 1 -										
	2 被保険者の生年月日	昭和・平成・令和			年		月		日			
	3 被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)			(名)							
	4 被保険者の住所	郵便番号 ( - )			電話番号 ( ) 都道府県							

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由  5  ア、イ、ウのいずれかを○で囲み、内容を記入してください。	ア 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の記号番号 記号 ( ) 番号 ( )											
	② 適用事業所または船舶所有の名称および所在地 名称 ( ) 所在地 ( )											
③ 資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )												
イ 後期高齢者医療制度の被保険者となつたため  ① 後期高齢者医療の被保険者の被保険者番号 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 資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となつたため											
	① 後期高齢者医療の被保険者の被保険者番号 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 資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )												
ウ 任意の資格喪失(枠内にチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者の資格喪失を希望します。 ※申出書健保受理日の翌月1日で資格を喪失します												
6 社会保険労務士の提出代行者名記載欄												

※保険者使用欄	被保険者	被扶養者
資格確認書の回収状況	マイナ利用中	マイナ利用中

資格喪失日	令和 年 月 日
-------	----------

受付日印