

健康保険任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	20 -	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	氏名	(フリガナ)	電話番号		
	住所	〒 -			

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に ✓ 印 を ご 記 入 く だ さ い)	資格喪失年月日	令和 年 月 日 ※
	<input type="checkbox"/> 健康保険の資格を取得したため 【資格情報のお知らせの写しを添付して下さい】	
	①再取得後の健康保険被保険者等の 記号・番号	
	②再取得後の保険者番号	
	③資格取得年月日	令和 年 月 日
	※ 資格喪失年月日は③資格取得年月日と同日	
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため	
死亡年月日	令和 年 月 日	
※ 資格喪失年月日は死亡した日の翌日		
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望する		
※ 資格喪失年月日は健康保険組合が申出を受理した日の属する月の翌月1日		

上記の通り申請します

令和 年 月 日

被保険者の個人番号記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

常務理事	事務長	係員