

常務理事	事務長	課長	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

健康保険の 記号・番号	記号	2000	番号	
被保険者の氏名				
被保険者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
被保険者の住所	〒 - TEL - -			
被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要)				

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 a～dいずれか1つを ○で囲み、「b」「d」の 場合は必要事項を全て 記入してください。	a. 任意の資格喪失の申出（国民健康保険や家族の扶養に入る場合など） ※ この申出書が <u>当組合に受理された日の属する月の翌月1日</u> に資格を喪失します。
	b. 就職により健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した ① 再取得後の健康保険または船員保険の記号・番号 記号： 番号： ② 適用事業所または船舶所有者の名称 名称： ③ 資格取得年月日 令和 年 月 日 ※ 再取得した「 <u>資格情報のお知らせ</u> 」または「 <u>資格確認書</u> 」のコピーを裏面の貼付欄に貼ってください。
	c. 後期高齢者医療制度の被保険者となった
	d. 被保険者が死亡した ◎ 死亡日 令和 年 月 日 ※ <u>死亡診断書</u> のコピーを添付してください。

※ 資格確認書や各種証（高齢受給者証・限度額適用認定証など）が交付されている場合は、申出書に添えてご返却ください。
（喪失事由が「a」の場合は、資格喪失後にご返却ください。）

「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー貼付欄

貼 付