常務理事	事務長	係長	係

番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

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	番号							
被保険者の氏名	被保険者の氏名をご記入ください										
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	〒 - - 被保険者の住所と連絡先をご記入ください 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 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">いずれかに○</div> ○で囲み、「b」「d」の場合は必要事項を全て記入してください。	<p>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）</p> <p>※ 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。</p> <hr/> <p>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</p> <p>① 再取得後の健康保険または船員保険被保険者証の記号・番号</p> <p style="margin-left: 40px;">記号： <u>○○○</u> 番号： <u>○○○</u></p> <p>② 適用事業所または船舶所有者の名称</p> <p style="margin-left: 40px;">名称： <u>適用事業所または船舶所有者の名称をご記入ください</u></p> <p>③ 資格取得年月日 令和 <u>○○</u>年 <u>○○</u>月 <u>○○</u>日</p> <p>※ 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。</p> <hr/> <p>c. 後期高齢者医療制度の被保険者となった</p> <hr/> <p>d. 被保険者が死亡した</p> <p>◎ 死亡日 令和 <u>○○</u>年 <u>○○</u>月 <u>○○</u>日</p> <p>※ <u>死亡診断書</u>のコピーを添付してください。</p>
---	--

※ 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、被保険者証等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

資格喪失事由「b」の場合は、再取得した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の
コピーを貼ってください

貼

付