

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

被保険者証の 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			
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)	〒	-	TEL - -	
	○	○	○	○

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

<p>資格喪失の事由</p> <p style="border: 2px solid red; padding: 2px; display: inline-block; color: red;">いずれかに○</p> <p>○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>	<p><b>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）</b></p> <p>※ この申出書が当組合に受理された日の属する月の翌月1日に資格を喪失します。</p> <hr/> <p><b>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</b></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>※ 再取得した被保険者証のコピーを裏面の貼付欄に貼ってください。</p> <hr/> <p><b>c. 後期高齢者医療制度の被保険者となった</b></p> <hr/> <p><b>d. 被保険者が死亡した</b></p> <p>◎ 死亡日    令和 <u>○○</u>年 <u>○○</u>月 <u>○○</u>日</p> <p>※ 死亡診断書のコピーを添付してください。</p>
---	--

※ 交付されている全ての被保険者証や高齢受給者証等を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。)

被 保 険 者 証 コ ピ ー 貼 付 欄

資格喪失事由「b」の場合は、再取得した  
被保険者証のコピーを貼ってください

貼 付