

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

申出者記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	300	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[] [] [] [] [] []		
	氏名	(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	(〒 -)	(都 道 府 県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失事由	<p>次のア～ウの該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。</p> <p>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) 取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 () (2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※ 任意継続の被保険者証を添付の上ご提出ください。</p> <p>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため。 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※ 任意継続の被保険者証を添付の上ご提出ください。</p> <p>ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため。 ※ 申出書が受理された日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。 資格喪失後、任意継続の被保険者証を当健康保険組合へご返納ください。 ※ 申出後の取り消しはできません。</p>

(2023.4)

被保険者のマイナンバー記載欄 _____

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。