

常務理事	事務長		係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者証の記号番号	—	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 — — — — — 自宅電話番号 — — — — — 携帯 // — — — — —							
	備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)							

資格喪失年月日	年	月	日	
資格喪失事由 (該当項目に✓をしてください。)	<input type="checkbox"/> 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			
	新しく取得した被保険者証の記号番号			
	適用事業所(船舶所有者)の	名称		
		所在地		
	資格取得年月日(就職日)	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)			
	新しく取得した被保険者証の記号番号			
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			
資格取得年月日	年	月	日	

被保険者証について	1. 同封	被保険者 被扶養者 (枚)	資格喪失 証明書に ついて	1. 発行を希望する 2. 発行を希望しない
	2. 未返却	理由: 返却予定日 令和 年 月 日		

上記のとおり申し出します。

令和 年 月 日提出

※ 当健康保険組合が発行した「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」をご返却ください。

※ 新しく取得された保険証は、A4サイズ用紙にコピーし、必ず添付してください。

※ 資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。

受付年月日