

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	記号番号	〇〇-〇〇	氏名	(カナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 印	生年月日	昭和 53年 6月 7日 平成
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ご住所はマンション名部屋番号までご記入ください。 自宅電話番号 〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 携帯 // 〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇				
備考	※被保険者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	令和元 年 7 月 1 日		
資格喪失事由 (該当項目に✓をしてください。)	<input checked="" 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の記号番号	〇〇〇〇-△△△△	
	適用事業所(船舶所有者)の	名称	〇〇株式会社
		所在地	大阪市西区〇〇一丁目2-34
	資格取得年月日(就職日)	令和元 年 7 月 1 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 資格確認書 について	1. 同封	被保険者 被扶養者( 2 枚)	資格喪失 証明書に ついて	1. 発行を希望する
	2. 未返却	理由: 返却予定日 令和 年 月 日		2. 発行を希望しない

上記のとおり申し出します。

令和 〇〇 年 〇月 〇日提出

※ 資格喪失証明書の発行を希望される際は、返信用封筒(郵便番号、氏名、住所を記入し切手を貼付したもの)を同封してください。返信用封筒が同封されていない場合は、資格証明書の発行は致しかねます。

※ 当健康保険組合が発行した「被保険者証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等」をご返却ください。  
※ 新しく取得された被保険者記号番号、適用事業所名称、資格取得年月日がわかる書類(写)を合わせてご提出下さい。

受付年月日

※ 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。