

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険証の記号番号	記号 20	番号 5678
被保険者の氏名	フリガナ モクザイ タロウ	生年月日 昭和 43 年 8 月 10 日 平成
	木材 太郎	
被保険者の住所	〒 135 - 0000	
	東京都江東区〇〇 ×-× 〇〇マンション△△号室	
	電話番号 03 (1234) 5678	携帯電話 080 (0000) 0000

下記の1から3の資格喪失事由により、任意継続の資格喪失の申出をいたします。

資格喪失事由 (該当番号に○印をご記入ください)	※健保使用欄		資格喪失年月日	令和	年	月	日	
	① 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							
	資格取得(就職)した健康保険または船員保険被保険者証の記号番号			記号 9999	番号 99999			
	適用事業所または船舶所有者の名称および所在地			名称 東京都千代田区大手町〇-〇-〇	所在地 〇〇 株式会社			
	資格取得年月日			令和 4	年 10	月 1	日	
	② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため							
	後期高齢者の健康保険被保険者証の被保険者番号			記号	番号			
	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				
	資格取得年月日			令和	年	月	日	
	③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため							
被扶養者の有無			あり () ・ なし					
備考欄								