

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被保険者等	記号 <b>6000</b> 番号	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	氏名	(フリガナ)				
	住所	〒	電話番号 (日中の連絡先)			

下記の該当する資格喪失事由(ア～ウ)に○を付け、必要事項をご記入ください。

資 格 喪 失 事 由	<b>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</b>	
	再取得後の健康保険の被保険者等の記号番号	記号 番号
	適用事業所等の名称	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
	添付書類	○新たに取得した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」等のコピー (資格取得日がわかるもの) ○当組合から交付した資格確認書等の証書(お持ちの方)
	<b>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</b>	
	後期高齢者医療の被保険者等の記号番号	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
	添付書類	○当組合から交付した高齢受給者証、その他資格確認書等の証書(お持ちの方)
<b>ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</b>		
留意事項	○資格喪失年月日は、この申出書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ○申出書を健保組合が受理した日の属する月分まで、保険料はかかります。 ○当組合が受理後、この申出を取り消すことはできません。 ○申出月の月末までは資格確認書等を使用することができますので、この申出書に資格確認書等は添付せずに申出月の翌月1日以降に送付ください。(限度額認定証等も同様となります。)	

.....  
受 付 日 付 印

※組合記入

資格喪失年月日	令和 年 月 日
---------	----------