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 6000 番号		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏 名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
	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	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	
	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） ○当組合の被保険者証または資格確認書（限度額認定証等も含む）
	イ 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	○当組合の被保険者証または資格確認書（高齢受給者証等も含む）
	ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	
	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被保険者証または資格確認書等を使用することできますので、この申出書に被保険者証または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