

常務理事	事務長		担当

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

健康保険被保険者証を添えて、以下のように届出いたします。

令和 年 月 日 提出

申請者氏名
(自 署)

被保険者との続柄
()

被保険者 記号・番号 999 -	被保険者氏名	性別 男女	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
住所・電話番号 (〒 -)		電話番号 〔 自宅: - - 〕 〔 携帯: - - 〕	
資格喪失の年月日 年 月 日		備考 ※1:新規資格取得日 ※2:死亡日の翌日 ※3:75歳の誕生日当日	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が別途必要です。)

◇資格喪失の原因

※該当の理由に○をつけて、必要添付書類を添付のうえ提出ください。

事 由	事由発生日	添付書類
1. 就職等により、他の健康保険・ 共済組合等の資格を取得	令和 年 月 日 取得	新しい健康保険証のコピー
2. 被保険者が死亡したため	令和 年 月 日 死亡	死亡証明書等のコピー
3. 75歳到達のため (後期高齢者医療制度に加入)	令和 年 月 日 加入	
4. 保険料未納のため	令和 年 月 10日 脱退	
5. その他 (理由)	令和 年 月 日	
6. 資格喪失を希望するため	令和 年 月 日	

受付日付印