

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 1 | 2 | 3 | 担当者 |
| | | | | | |

※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。

平成 年 月 日提出

| | | | | |
|------------|---------|--------------|----------------|----------|
| 被保険者番号 | 被保険者の氏名 | 性別 | 被保険者の生年月日 | 資格喪失の年月日 |
| 999 | 印 | 1. 男 2. 女 | 昭和 年 月 日 平成 | 平成 年 月 日 |
| 連絡先住所・電話番号 | | | | ※申請者氏名 |
| 〒 - 電話番号: | | | | 続柄() |

※1: 新規資格取得日
 ※2: 死亡日の翌日
 ※3: 75歳の誕生日当日

※申請者が本人でない
 ときのみ記入

| ●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上、提出ください。 | | 事由発生日 | ★添付書類 |
|---|----------------------------|--------------|------------|
| 1 | 就職により、健康保険・共済組合等の被保険者資格を取得 | 平成 年 月 日取得 | 新被保険者証のコピー |
| 2 | 被保険者が死亡したため | 平成 年 月 日死亡 | 死亡証明書等のコピー |
| 3 | 75歳到達(後期高齢者医療制度に加入のため) | 平成 年 月 日加入 | |
| 4 | 保険料未納のため | 平成 年 月 10日脱退 | |
| 5 | その他() | 平成 年 月 日 | |

