



# 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△△月〇〇日提出

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 〇〇〇〇	三菱太郎 	1. 男 2. 女	 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	平成 △△年 △△月 △△日
連絡先住所・電話番号				※申請者氏名
〒 000 - 0000 □□県□□市□□町1-1 電話番号: 000-000-0000				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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 保険料未納のため	平成 年 月 10日脱退	
5 <input type="radio"/> その他( )	平成 年 月 日	

