

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者の 記号及び番号	9	9	9	9	-				
2	生年月日	昭和・平成 年 月 日								
3	申請者の氏名	(フリガナ)								
		(氏)			(名)					
4	郵便番号				-					電話( ) -
	住所	都道府県								

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

	資格喪失年月日	平成 年 月 日
5	資格喪失の事由  (ア、イのいずれかを「」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。)	<p>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</p> <p>(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ( )</p> <p>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 ( ) 所在地 ( )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p> <p>イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ( )</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 ( 後期高齢者医療広域連合 )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p>
		6 摘要欄

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印