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・令和　　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。

5	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
	資格喪失の事由 (ア、イ、ウのいずれかを「○」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。)	**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** (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 (　　－　　) (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　(　　) (3) 資格取得年月日　(　令和　　年　　月　　日) **イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため** (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 (　　) (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) (3) 資格取得年月日　(　令和　　年　　月　　日) **ウ 申出により任意継続を脱退するため** (1) 喪失希望年月日　(　令和　　年　　月　1　日) ※申出が受理された日の翌月1日に、任意継続被保険者の資格が喪失となります。 脱退を希望される月の前月にご提出ください。 申出が受理された場合は、資格喪失の取り消しはできません。
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

4.1調製