

ここに、被保険者本人の「新しく加入した保険証の写し(表面)」を貼付してください(②③の場合のみ)。

常務理事	部長	係長	係

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者の	被保険者証の記号番号	6000 -	氏名	(カナ) ①	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 -	自宅電話番号 - - 携帯 " - -				
備考		※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)					

資格喪失事由 (該当項目に✓をしてください。)	① <input type="checkbox"/> 資格喪失を希望するため		
	② <input type="checkbox"/> 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		
	新しく取得した被保険者証の記号番号		
	適用事業所(船舶所有者)の	名称	
		所在地	
	資格取得年月日	年 月 日	
	③ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(65歳以上75歳未満の方に限る)		
	新しく取得した被保険者証の記号番号		
	後期高齢者医療広域連合の名称	( ) 後期高齢者医療広域連合	
	資格取得年月日	年 月 日	

- ※ ①の場合、資格喪失日は組合が申出書を受理した日の属する月の翌1日となります。喪失後は速やかに当組合が発行した「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」を返却してください。
- ※ ②③の場合、当組合が発行した「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」を添付し、「新しく加入した保険証の写し」を貼付(または添付)してください。
- ※ 資格喪失月(取得と同じ月に喪失した月は除く)以降の納付済保険料は、還付手続きを經過お返しします。

受付年月日