

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 の	被保険者等 記号番号	6000 -	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	住所	〒 -						
	備考	※被保険者等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。						

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等記号・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		令和 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等記号番号						
	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		令和 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月1日となります。
 ※ 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、還付手続きを經過返します。

受付年月日