

決 裁				
常務理事	事務局長	部 長	副部長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

① 記 号・番 号	⑦ 被保険者の氏 名・印	② 生 年 月 日			③ 資格喪失年月日			④ 資格喪失原因	
—	⑩	昭和 平成	年	月	日	年	月	日	1. 3. 2. 4.
⑥ 被 保 険 者 の 住 所					⑤ 被保険者証 (被保険者用) 回収区分	⑦ 被扶養者 の有 無	※ 被保険者証 (被扶養者用) 回収区分	備 考	
(〒 —)					添 付 1	有・無	添 付 人		
TEL — —					返不能 2	(人)	返不能 人		
					滅 失 3		滅 失 人		
資格喪失の原因	1. 健康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被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日) 2. 船員保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 船員保険の被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日)				3. 被保険者が死亡したため。 4. 国民健康保険の退職被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の国民健康保険被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日)				

平成 年 月 日 提出

<記入上の注意>

1. ②元号、④及び⑤は該当する事項を○で囲んでください。
2. ⑩は該当する事項を○で囲んでください。
 なお、「有」の場合は、() 内に被扶養者の人数を記入してください。
3. 「※」印欄は記入しないでください。
4. ⑦を被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
5. この届出には、必ず「任意継続被保険者証」を添付してください。
 高齢受給者証の交付を受けている方は、「高齢受給者証」も併せて添付してください。
6. 健康保険または船員保険の被保険者になったときは、新たに交付を受けた被保険者証の第1面(被保険者氏名記載欄)の写しを添付してください。

 受 付 日 付 印
