

届書コード	
232	0

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	記号一番号	9 9 9 9 -			
	2	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	3	氏名	フリガナ			
			氏名			印
4	住所	〒	-	電話		

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	平成・令和	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。	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) 再取得後の被保険者証の記号・番号 () (2) 適用事業所の名称および所在地 名称() 所在地() (3) 資格取得年月日 平成・令和 年 月 日
		イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (1) 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会の名称 名称(後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 平成・令和 年 月 日
6	摘要欄	

* 保険証の返却が必要です。

* 再取得後の資格取得年月日の確認のため、新しい保険証のコピーの添付をお願いします。

受付印