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	９９９９　－				
	2	生年月日	昭和・平成	年　月　日			
	3	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ				㊞
			氏		名		
	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　年　月　日

5	**資格喪失の事由** ア・イのいずれかを〇で囲み、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)　適用事業所の名所および所在地 名　所（　） 所在地（　） (3)　資格取得年月日 平成　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　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