

常務理事	事務長		担 当

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日 提出

申請者氏名 被保険者との続柄
(自 署) ()

被保険者等 記号・番号										* 記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください									
記号	9	9	9	—	番号														
被保険者氏名										性別		生年月日							
										男女		昭和・平成・令和 年 月 日							
住所		〒 -																	
住民票住所		同上 □		〒 -															
電話番号		自宅: - - 携帯: - -																	
資格喪失の年月日				令和 年 月 日										〔 ※1:新規資格取得日 ※2:死亡日の翌日 ※3:75歳の誕生日当日 〕					

◇資格喪失の事由
※該当の事由に○を付け、事由発生日をご記入ください。

事 由	事由発生日	備 考
1. 就職等により、他の健康保険・共済組合等の資格を取得	令和 年 月 日 取得	
2. 被保険者が死亡したため	令和 年 月 日 死亡	死亡証明書等のコピーを添付
3. 75歳到達のため (後期高齢者医療制度に加入)	令和 年 月 日 加入	
4. 保険料未納のため	令和 年 月 10日 脱退	
5. その他 (理由)	令和 年 月 日	
6. 資格喪失を希望するため	令和 年 月 日	

受付日付印