

# 健康保険任意継続被保険者喪失申請書

常務理事	事務長	係員

記号	番号	被保険者氏名 ※自署の場合押印不要	生年月日		
			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
資格喪失年月日		① 就職して、健康保険、船員保険、共済組合などの被保険者資格を取得したとき。(被保険者資格を取得した日) ⇒「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付  ② 後期高齢者医療の被保険者資格を取得したとき (被保険者資格を取得した日)  ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申し出たとき (申出が受理された日の属する月の翌月1日)	資格確認書		
令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 紛失	
資格喪失事由	<input type="checkbox"/>	【申出日 令和 年 月 日】			

※上記事由以外での資格喪失の場合、この書類の提出は不要です。

※資格確認書を紛失された場合は「回収不能届」をご提出ください。

受 付 印