

## 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		
81	●●●●	東洋 太郎 <span style="float: right;">印</span>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	4 0 年 1 0 月 1 1 日
資格喪失年月日		下記事由が①②の場合⇒ 新しく加入された他健保組合での資格取得日が当健保組合の資格喪失日です 下記事由が③の場合⇒ 申出が受理された日の属する月の翌月1日が当健保組合の資格喪失日です			資格確認書
令和 0 7 年 1 1 月 0 1 日					<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 紛失
資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ①	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)			
【申出日 令和 0 7 年 1 0 月 2 0 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