

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

|             |  |      |    |     |              |                  |  |
|-------------|--|------|----|-----|--------------|------------------|--|
| 任意継続被保険者記入欄 | 任意継続被保険者証  |      |    | 氏 名 | 性 別          | 生 年 月 日          |  |
|             | 記号   | 91   | 番号 |     | 男・女          | 昭和・平成 年 月 日      |  |
|             | 資 格 喪 失 申 請 の 理 由 (該当の番号に○を付け、記入ください。)   |      |    |     |              |                  |  |
|             | <p>1. 他の健康保険（各種共済組合を含む）の被保険者資格を取得したため</p> <p>①再取得後の健康保険被保険者証（組合員証）の記号・番号（ . ）</p> <p>②資格取得年月日（平成 年 月 日）</p> <p>2. 船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>①船員保険の被保険者証の記号・番号（ . ）</p> <p>②資格取得年月日（平成 年 月 日）</p> <p>3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（65歳以上75歳未満の方のみ対象）</p> <p>①後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号（ ）</p> <p>②都道府県後期高齢者医療広域連合の名称（ ）後期高齢者医療広域連合</p> <p>③資格取得年月日（平成 年 月 日）</p> |      |    |     |              |                  |  |
|             | <p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒                    ー                   </p> <p style="text-align: center;">任意継続被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話</p>                                 |      |    |     |              |                  |  |
| 健康保険組合処理欄   | 資格喪失申請受理欄  |      |    |     | 健康保険組合<br>受付 | 被保険者台帳記入         |  |
|             | 上記申請を受理します。  |      |    |     |              | 任意継続資格喪失<br>一覧記入 |  |
|             | 理事長  | 常務理事 | 主任 | 係   |              | 被保険者資格喪失登録       |  |
|             |  |      |    |     |              | 被保険者証回収登録        |  |

- (注) この申請書には、次の書類を必ず添付してください。
- ・任意継続被保険者証（被扶養者分を含む）（上記1. 2. 3. のいずれの時も要）
  - ・高齢受給者証（70歳以上の方のみ要）
  - ・再就職先の被保険者証の写し（上記1. 2. の時のみ要）
  - ・後期高齢者医療被保険者証の写し（上記3. の時のみ要）