

# 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	被保険者証の記号および番号	○	-	○○○○○
	2	被保険者の生年月日	1965	年	8 月 1 日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) シンデン (氏) 新電	(名) タロウ 太郎	
	4	被保険者の住所	郵便番号 ( 357 ×× 埼玉県 飯能市 ×× 町 ○-×-○	自宅電話 042 ( 972 ) ×××× 携帯電話 080 ( 111 ) ××××	

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	令和	5	1	0	0	1	日	※就職→就職先の資格取得日 後期高齢→75歳の誕生日 申し出→無記入(健保記入)
5	資格喪失の事由 ア、イ、ウのいずれかに『○』で囲み、必要事項を記載してください	<b>ア</b> 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)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 (記号 35 番号 ××××× ) (2)再就職先の名称および所在地 名称 ( ) 所在地 ( ) (3)資格取得年月日 ( 令和 5 年 10 月 1 日 )							
		<b>イ</b> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 番号 ( ) (2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 ( 後期高齢者医療広域連合 )							
		<b>ウ</b> 申し出により任意継続保険を喪失したため ※喪失日は申出書を健保が受理した月の翌月1日となります							
6	摘要欄								

## 【この申出書に添付して提出するもの】

- 上記アの場合：再就職で新たに取得した保険証のコピー（被保険者本人分のみ）  
 上記イの場合：後期高齢者医療制度の保険証のコピー（被保険者本人分のみ）  
 上記ウの場合：なし
- 被保険者および被扶養者の方に交付されている全員の保険証（新電元工業健康保険組合のもの）  
 ※高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている方は、併せて添付して下さい。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日印