

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	年 月 日			
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)			
			(氏)		(名)	
4	被保険者の住所	郵便番号 (—)		自宅電話 () 携帯電話 ()		
		都道府県				

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

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	資格喪失年月日	令和		年		月		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)
		ア 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 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 年 月 日)										
イ 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)										
ウ 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】

- ① 上記アの場合：再就職で新たに取得した資格情報のお知らせ等、資格取得のわかるもののコピー（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資格情報のお知らせ等、資格取得のわかるもののコピー（被保険者本人分のみ）
上記ウの場合：なし
- ② 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や資格確認書（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