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（　　－　　） 都道府県		自宅電話　（　　） 携帯電話　（　　）

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

5	資格喪失年月日	平成・令和	年　月　日 ※再就職先での資格取得日が喪失日になります
	資格喪失の事由 ア、イのいずれかに『〇』で囲み、必要事項を記載してください	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（平成・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　） (3)資格取得年月日（平成・令和　　年　　月　　日）	
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）
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（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

新電元工業健康保険組合