

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記 号 99	番 号	生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日		
	氏 名	(フリガナ)				
	住 所	(〒) 都 道 府 県				
	電 話 番 号	TEL ()				

資 格 喪 失 の 事 由 該 当 項 目 に し て 印 を し 記 入	資格喪失年月日	令和 年 月 日			
	☐ 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				
	下記①～③は、新被保険者証よりご記入ください。				
	①再取得後の健康保険の 被保険者証の記号番号				
	②保険者の名称 および所在地	名 称			
		所在地			
	③資格取得年月日	令和 年 月 日			
	☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため				
	☐ 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				
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	令和 年 月 日				
摘 要 欄					

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認資料を添付してください。

--