

常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険任意継続の 記号および番号	9 9 0    —
被保険者の生年月日	昭和    ・    平成    年    月    日
被保険者の氏名	(フリガナ) <div>印</div>
被保険者の住所および 電話番号	〒    — <div>Tel    (    )</div>

任意継続被保険者でなくなることを希望するため、または、就職したため、もしくは、  
6 5 歳以上 7 5 歳未満の者であって政令で定める程度の障害の状態にある旨の後期高齢者  
医療広域連合の認定を受けたため、下記のとおり申出します。

令和    年    月    日

資格喪失年月日	令和    年    月    日
資格の喪失事由（1～3のいずれかを「○」で囲んでください）	
1. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため（受理した日の翌月 1 日喪失）	
2. 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	
再取得後の健康保険または船員 保険の記号および番号	
適用事業所または船舶所有者の 名称および所在地	名 称 所在地
資格取得年月日	令和    年    月    日
3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
後期高齢者医療の被保険者番号	
都道府県後期高齢者医療広域連合 の名称	都 道 府 県    後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令和    年    月    日

【注意事項】  
※ 任意の資格喪失の申出を取り消すことはできません。資格確認書は喪失後すぐ返納してください。

【添付書類（1を除く）】  
※ 被保険者および被扶養者に交付されている全ての資格確認書を添付してください。  
※ 高齢受給者証または限度額適用認定証を交付されている場合は添付してください。  
※ 資格喪失日確認のため、就職等で新たに取得された資格情報のお知らせの写しを添付してください。