

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり資格喪失を申出ます。

平成 年 月 日

1	被保険者の 記号・番号	(記号) 8 8 8 8	(番号)
2	申請者の氏名	⑩ ※届出者本人が署名 (自筆)した場合は、 押印を省略できます。	
3	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
4	住 所	〒 : : : : - : : : : 都 道 府 県	TEL (日中の連絡先) ( )

5	資格喪失年月日	平成 年 月 日	※6のア(3)又はイ(3)の資格取得 年月日が喪失年月日となります。
6	資格喪失の事由  ア、イの該当するものを「○」で 囲み資格取得した被保険者証の 記号番号等を記入してください。	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) 資格を取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ( ) ( ) (2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地 名称 ( ) 所在地 ( ) (3) 資格取得年月日 ( 平成 年 月 日 )	
		イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)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 ( ) (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 ( 平成 年 月 日 )	

## 《添付書類》

受付日付印

- ◎ 新しく取得した「健康保険被保険者証(写)」を添付してください。(被扶養者を含む。)
- ◎ この届け出に「任意継続の健康保険被保険者証(被扶養者分も含む)」を添付してください。  
なお、紛失し添付できないときは、「健康保険被保険者証滅失届」を添付してください。  
また、「高齢受給者証」・「限度額適用認定証」等の交付を受けている場合は、  
そちらも合わせて添付してください。