

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

令和 年 月 日提出

申込者情報	任意継続の被保険者記号・番号	(記号) 710	(番号)	
	被保険者氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
		印	男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	被保険者住所 日中の連絡先	〒 ー 電話 () ー		
資格喪失事由 該当事項に ✓をして ください	☐ 就職による資格喪失 ※就職先の資格確認書・資格情報のお知らせ等のコピーを添付してください。			
	就職先の健康保険 記号・番号	(記号)	(番号)	
	就職先の健康保険 資格取得日	令和 年 月 日		
	就職先の名称 任意			
	就職先の住所 任意	〒 ー 電話 () ー		
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者になったことによる資格喪失			
	後期高齢者医療の 健康保険記号・番号	(記号)	(番号)	
	後期高齢者医療の 資格取得日	令和 年 月 日		
	都道府県後期高齢者医 療広域連合の名称	任意		
	☐ 任意による資格喪失 資格喪失日は書類到着日の翌月 1 日です			
☐ その他 (喪失理由 (必須))				

<返却・提出物>

1. 任意継続の健康保険被保険者証・資格確認書（お持ちの方は高齢受給者証・限度額適用認定書）
※任意による資格喪失の場合は、資格喪失日以降にご返却ください。
資格喪失日前日までは任意継続の被保険者証・資格確認書をお使いいただけます。
2. 就職先の資格確認書・資格情報のお知らせ等のコピー（就職による資格喪失の場合のみ）