

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

令和 年 月 日				
常務理事	事務長	事務次長	課長	係

被保険者証記号・番号	40 -			
被保険者の氏名		資格喪失年月日	令和 年 月 日	
資格喪失理由 (該当番号を○印で囲む)	1. 健康保険の適用を受けている事業所に使用された ※ 2. 船員保険の被保険者になった ※ 3. 被保険者が死亡 4. 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨の申出(任意脱退)			

令和 年 月 日提出

〒 -

住所

申出者

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号( ) 一

【注意事項】

- 被保険者証を必ず添付すること。なお、資格喪失理由が4の場合は、被保険者証は資格喪失日以降に返納してください。  
(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併せて添付)
- 資格喪失理由が1又は2(※印)の場合は、再就職先で新たに受けられた被保険者証の写しを必ず添付すること。
- 資格喪失年月日欄は、資格喪失理由が1又は2(※印)の場合は、新たな被保険者証の資格取得年月日を記入してください。  
資格喪失理由が4の場合は、申出が受理された日の属する月の翌月1日となります。記入は不要です。