

健康保険

任意継続被保険者
特例退職被保険者

資格喪失申出書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号		
	氏 名			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	住 所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

下記の事由に該当するため申し出ます(該当する番号に☑をして下さい)

資 格 喪 失 事 由	資格喪失年月日 令和 年 月 日	
	☐ 1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため	添付書類
		①新たに資格取得した「健康保険資格情報のお知らせ」・「資格確認書」等のコピー
	☐ 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	②当健康保険組合発行の各種証(被扶養者分も含む)をお持ちの場合は返却をお願いします。
☐ 3. 申出により任意継続被保険者・特例退職被保険者を喪失したため	添付書類	
	申出時に添付書類は不要 当健康保険組合発行の各種証をお持ちの場合は、資格喪失後に返却をお願いします。	

受付日付