

同 年 月 日	令和	年	月	日	課長	課長補佐	扱者
決 裁 年 月 日	令和	年	月	日			

任意継続被保険者 資格喪失申出書

1. 任意継続被保険者の資格を喪失する理由についてご記入ください。

(該当する番号を○で囲んでください。)

- ① 就職により新しく被保険者証の交付を受けた
- ② 65歳以上75歳未満で後期高齢者医療被保険者証の交付を受けた

2. 新しい被保険者証の記号・番号、保険者名称、資格取得年月日を記入してください。

【記号 : 番号】 (記号) _____ (番号) _____

【保険者名称】 _____

【資格取得年月日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の理由により任意継続被保険者の資格喪失を申出します。

(記号) 5555 (番号) _____

記入年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____

住 所 〒 _____

(お願い)

- ◎ この申出書を提出の際には、任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む）及び新しい被保険者証のコピーを同封してください。