

## ※健保組合記入欄

伺 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 就職により就職先の社会保険に加入した
- ② 65歳以上75歳未満で後期高齢者医療制度に加入した
- ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望する
- ④ 死亡した(ご遺族の方が記入してください)

### 2. 喪失理由①と②該当の方は、新しい健康保険の記号・番号・枝番、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・枝番】 (記号) (番号) (枝番)

【保険者名称】 \_\_\_\_\_

【資格取得年月日】 令和 年 月 日

### 3. 喪失理由④に該当の場合は、被保険者氏名、死亡年月日をご記入ください。

【被保険者氏名】 \_\_\_\_\_

【死亡年月日】 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・番号・枝番 (記号) 5555 (番号) (枝番)

記入年月日 令和 年 月 日

申出者氏名 \_\_\_\_\_ ※(続柄)

※喪失理由④に該当の場合は申出者の続柄をご記入ください。

申出者住所 〒 \_\_\_\_\_

(お願い)

◎ 喪失理由①と②に該当の方は、新しい保険者から交付された資格情報のお知らせのコピーを同封してください。

◎ 喪失理由④に該当の方は、死亡診断書のコピーを同封してください。