

届書コード			
2	3	2	0

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号および番号	左づめ	5	0	0	0	0	0	—	右づめ											
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成			年				月												
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)									(氏)					(名)					㊟
	4	被保険者の住所	郵便番号								—								電話	()		
				都道府県																		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	平成			年				月				日
	資格喪失の事由	<p>ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 ()</p> <p>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 () 所在地 ()</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p> <hr/> <p>イ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ()</p> <p>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合)</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)</p>											
6	摘要欄												

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
		㊟

受付日付印

※協会使用欄

決裁	登録	審査							
被保険者証回収欄	被保険者番号	0	0	被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号	
	添付・未回収・滅失		添付・未回収・滅失		添付・未回収・滅失		添付・未回収・滅失		