

船員保險 疾病任意繼續被保險者 **資格喪失** 申出書

喪

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号							生年月日													
		8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	—						昭和・平成	年		月		日
	氏名	(フリガナ) -----																			性別	男・女	
		住所	(〒) 都 道 府 県																				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																						

☐ 船員保険または健康保険の被保険者資格を取得したため	
上記に☑した場合に記入ください	(1)再取得後の船員保険または健康保険の被保険者証の記号番号 記号（ ） 番号（ ）
	(2) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	(3) 船舶所有者または適用事業所の名称および所在地 名 称 所在地
☐ 申出により疾病任意継続被保険者の資格を喪失したいため ※船員保険部で申出書を受理した日の属する月の翌月１日が資格喪失日となります。	
☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
上記に☑した場合に記入ください	(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号
	(2) 資格取得年月日 令和 年 月 日
	(3)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 ()後期高齢者医療広域連合
備考欄	

被保険者証の記号番号を記入した場合は **記入不要** です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

協會使用欄

	全					
被保険者証回収欄	1:添付	2:回収不能	1:添付	2:回収不能	1:添付	2:回収不能
	3:滅失	5:未回収	3:滅失	5:未回収	3:滅失	5:未回収
喪失済	／		月分まで入金		還付	有 ・ 無

喪失引抜済	
納付書引抜済	

R4.1

受 付 日 付 印

任意喪失	
------	--

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部