

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

喪

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 記入の手引き」をご確認ください。

申出書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	(〒 - )	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

資格喪失の事由(該当項目に印を記入ください。)	資格喪失年月日	平成	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 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					
	上記に印した場合には記入ください	(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	名称			
		(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	所在地			
		(3)資格取得年月日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
上記に印した場合には記入ください	(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号					
	(2)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		
	(3)資格取得年月日	平成	年	月	日	
摘要欄						

上記の事由に該当するため、申出します。

平成 年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

(28.10)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄