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

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。

届書（申出書）は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号 ／ 番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印	自署の場合は押印を省略できます。
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✓印をご記入ください。）

資格喪失年月日		平成 年 月 日
□ 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✓印した場合にご記入ください	(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	
	(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
	(3) 資格取得年月日	平成 年 月 日
□ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
上記に✓印した場合にご記入ください	(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

(26.7)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

受付日付印

様式番号 2 4 0 1 1 6

協会使用欄

全国健康保険協会 協会けんぽ