

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1	被保険者の 記号及び番号	9	9	9	9	-	1	1	1	1
2	生年月日	昭和平成・令和 50年 1月 1日								
3	申請者の氏名	(フリガナ) ケンボ				タロウ				
		(氏) 健保				(名) 太郎				
4	郵便番号	○	○	○	-	×	×	×	×	電話(○○○)△△△-××××
	住所	兵庫 都道府県(○) 神戸市○○町×××								

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

	資格喪失年月日	令和 ○○年 △△月 ××日	※下記「(3) 資格取得年月日」または「喪失希望日」と同一の日付をご記入ください。
5	資格喪失の事由 ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	<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及び所在地 名称 () 所在地 ()</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>イ 後期高齢者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 (令和 年 月 日)</p> <p>ウ 申出により任意継続を脱退するため → 申出書を提出する翌月をご記入ください。</p> <p>喪失希望年月日 (令和 ○○年 △△月 1日)</p> <p>※申出が受理された日の翌月1日に、任意継続被保険者の資格が喪失となります。 脱退を希望される月の前月にご提出ください。 申出が受理された場合は、資格喪失の取り消しはできません。</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