

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、申出します。

令和 4 年 1 月 1 日 提出

被保険者の記号・番号	9 9	● ● ●
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 △□マンション505号室 電話 03 (8765) 4321	
フリガナ	ケンボ イチロウ	
氏名	健保 一郎	
生年月日	昭和・平成 35 年 12 月	55 歳
		男・女
喪失日	令和 4 年 1 月 1 日	
喪失理由 (どちらかに○)	1	就職のため (令和 4 年 1 月 1 日付 で就職) 新しく加入した健康保険または船員保険の情報 (記号: 100 番号: 2015) (資格取得日: 令和 4 年 1 月 1 日) 就職先の名称・所在地 (名称: □□□株式会社) (所在地: 東京都〇〇区□□□1-2-3 □□□ビル)
	2	その他 ・本人希望による喪失 ・ (※喪失日は申出書を受付した月) 後期高齢者医療制度の被保険者になった場合 (後期高齢者医療広域連合) (被保険者番号:) (資格取得日: 令和 年 月 日)
被保険者証	1	同封する 被保険者証 合計 3 枚
	2	同封しない 理由 () 返却予定 (令和 年 月 日)

資格喪失証明書の発行 (どちらかに○)	1. 希望する	2. 希望しない
------------------------	---------	----------

被保険者証は、ご家族分もあわせて、すべてご返却ください。

- ② 任意継続時の健康保険証 (被保険者ご自身のみ)
- ③ 高齢受給者証および限度額適用認定証 (該当者のみ)
- ④ 健康保険証減失申請書 (任意継続時の健康保険証を減失し返却できない場合)

健保記入欄	喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付額	円 (年 月 ~ 年 月分)
	備考	

受付日付印