

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

【記入の方法】

| | | |
|--------------|---------------------------|--------------------------|
| ① 記号番号 | 4000-9876 | |
| ② 被保険者の氏名 | (フリガナ) シズオカ ケンタロウ | 生年月日 |
| | 静岡 健太郎 | 昭和 平成 32年 3月10日 令和 |
| ③ 被保険者の住所 | 〒422-1234 〇〇市〇〇区△△2丁目4-11 | |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

| | | | |
|---|--|--|--|
| ④ 資格喪失年月日 | 令和 4年 10月 15日 | | |
| ⑤ 資格喪失の事由 該当する資格喪失事由に□を記入してください。 ①、②の場合は、取得した被保険者等の記号番号等を記入してください。 | <input checked="" type="checkbox"/> ① 健康保険の被保険者資格を取得したため <ul style="list-style-type: none"> (1) 取得した健康保険の被保険者等の記号番号 (12345-9876) (2) 適用事業所の名称及び所在地 名称 (〇〇運輸株式会社) 所在地 (〇〇市△△区○○3丁目1-1) (3) 資格取得年月日 (令和 4年 10月 15日) | | |
| | <input type="checkbox"/> ② 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため <ul style="list-style-type: none"> (1) 後期高齢者医療の被保険者番号 (01234567) (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (静岡県 後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (令和 4年 10月 15日) | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため <p>※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 (投函日ではなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1日)</p> <p>※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</p> | | |
| | 備考欄 | | |

①被保険者等の番号を記入してください。

②被保険者の名前と生年月日を記入してください。

③被保険者の住所、電話番号を記入してください。携帯電話の番号でも構いません。

④健康保険または、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となった日（資格取得年月日）を記入してください。

⑤任意継続被保険者の資格喪失する理由①、②、③のいずれかに□を記入してください。選択した項目が①、②の場合は、(1)～(3)に該当事項を記入してください。