

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

① 被保険者等の 記 号 番 号	4 0 0 0 — 9 8 7 6
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 昭和 平成 令和 3 2 年 3 月 1 0 日 静岡 健太郎
③ 被保険者の住所	〒422-1234 電話 0 1 2 (5 4 3) 9 6 8 7 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 1 0 月 1 5 日
⑤ 資格喪失の事由	<div><input checked="" type="checkbox"/> ① 健康保険の被保険者資格を取得したため (1) 取得した健康保険の被保険者等の記号番号 (1 2 3 4 5 - 9 8 7 6) (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 1 0 月 1 5 日)</div> <div><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 (1) 後期高齢者医療の被保険者番号 (0 1 2 3 4 5 6 7) (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 1 0 月 1 5 日)</div> <div><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 ※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) ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</div>
備 考 欄	

【記入の方法】

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。