

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失届

受付日付印

◎記入方法は裏面をご覧ください。

1	被保険者証の 記号及び番号	左づめ	-	左づめ	
2	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
3	申請者の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		
4	郵便番号	-			
5	住所	(フリガナ) 都道府県			
6	電話番号	()			

次のとおり届け出します。

7	資格喪失年月日	令和	年	月	日
8	資格喪失の 事由	<p>次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。</p> <p>ア 健康保険の被保険者資格を取得したため。 (1)再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 () (2)適用事業所の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>イ 船員保険の被保険者資格を取得したため。 (1)再取得後の船員保険被保険者証の記号番号 () (2)船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>ウ 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 (後期高齢者医療広域連合) (3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>エ 任意継続被保険者からの申出によるとき。 (国民健康保険に加入、被扶養者になる等)</p>			
9	備考欄				

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)