

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	被保険者等 記号及び番号		-	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○印を付けてください。</p> <p>ア 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため。</p> <p>-----</p> <p>イ 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため。</p> <p>-----</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。</p> <p>-----</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							