届書コード	
232	0

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	1	記号一番号	９９９９　－				
	2	生年月日	昭和・平成	年　月　日			
	3	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ				㊞
			氏		名		
	4	住所	〒	―	電話		

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	平成・令和　年　月　日

5	**資格喪失の事由** ア・イ・ウのいずれか を〇で囲み、再取得 後の被保険者証の 記号番号等を記入し てください。	ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (1)　再取得後の被保険者証の記号・番号 (　　―　　) (2)　適用事業所の名称および所在地 名　称(　　) 所在地(　　) (3)　資格取得年月日 平成・令和　年　月　日 ※再取得後の資格取得年月日の確認のため、新しい保険証のコピーの添付をお願いします。
		イ　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)　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会の名称 名　称(　　後期高齢者医療広域連合) (3)　資格取得年月日 平成・令和　年　月　日
		ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※申出が受理された日の属する月の翌月1日に資格を喪失すること 及び申出後は取り消しができないことに同意いたします。 署名:　　㊞
6	摘要欄	

＊保険証の返却が必要です。
＊ウを選択された方については、資格喪失日以降に
保険証をご返却ください。

受　付　印