


常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証の 記号・番号	記号	20	番号	9990
被保険者の氏名	フリガナ	サンギョウ		ケンイチ
	(氏)	産業		(名) 健一
被保険者の生年月日	昭和・平成 51年10月20日			
被保険者の住所	〒 530-0012			
	大阪府大阪市北区芝田99-99 電話番号 06(6372)5589			

下記の事由に該当するため申出します。

資格喪失の事由	
ア～ウのいずれかを「○」で囲み、摘要欄に再取得した被保険者証の写しを添付してください。	
<input checked="" type="radio"/> ア 健康保険(船員保険等)の被保険者資格を取得したため イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため ウ. 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため ≪資格喪失日は健康保険組合がこの申出書を受理した日の属する月の翌月1日です≫	
摘要欄	※ 就職等で被保険者資格を取得した方は、被保険者証の写しを貼ってください。 ※ 資格喪失を希望される方は、被保険者証の写しは不要です。 

- ◆ 太枠内をすべて記入してください。
- ◆ 就職等で被保険者資格を取得された方は、この申出書に被保険者および被扶養者に交付されている全ての被保険者証を添付のうえご提出ください。高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている方は、それらも併せてご提出ください。
- ◆ 資格喪失を希望されている方は、資格喪失日以降に、被保険者証を返納していただくため提出は不要です。

受付日付印

※ 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、備考欄へ記入してください。(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。)

備考欄	
-----	--