

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	健康保険証の 記号・番号	2 0		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏 名				
	住 所  電話番号 (日中の連絡先)	〒 ー  自宅 ・ 携帯 ( )			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

喪失事由（ア～ウのいずれかを○で囲んでください。）

- ア． 他の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  
（再取得日に資格を喪失）
- イ． 後期高齢者医療制度の被保険者となったため  
（75歳の誕生日の当日に資格を喪失）
- ウ． 申出により任意継続被保険者を喪失したため  
（申出書が受理された日の属する月の翌月1日に資格を喪失）

※喪失事由がアの方のみ、再取得した「資格情報のお知らせ」か「資格確認書」の写しを貼付してください。

摘  
要  
欄

- 資格喪失の際に、有効期限に達する前の資格確認書をお持ちの場合は、被保険者・被扶養者の分を必ず全て返却してください。  
また、交付している方のみ、高齢受給者証、限度額適用認定証等も返却してください。