

常務理事	担 当

任意継続被保険者資格喪失申出書

①記号・番号	100	②被保険者の氏名		
③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日	昭和・平成	年 月 日生
⑤ 住 所	(郵便番号)	—	(電話)	— —

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和 年 月 日 提出

⑥ 資格喪失の事由 ☆ いずれかの理由を「○」で囲み、必要事項を記入してください。 1の場合は、新しい保険証のコピーを添付してください。	1 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)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 () (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 () 所在地 () (3)資格取得 (令和 年 月 日) 年月日
	2 任意継続被保険者資格の喪失を希望 (1)脱退希望 (令和 年 月 1 日) 年月日
	3 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 名 称 (後期高齢者医療広域連合) (3)資格取得 (令和 年 月 日) 年月日
⑦ 摘要欄	

※	資格喪失年月日	令和 年 月 日 喪失
---	---------	-------------

○注意事項

- 線内を記入し提出してください。
- 送付時には、交付されている全ての被保険者証を添付してください。
また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
- 再就職された方は再就職先の被保険者証等の写しを添付してください。
(資格取得日が確認できる「雇用(労働)契約書」等のコピーでも可)
- ※は記載不要です。

／ 受付日付印 \