

常務理事	担 当

任意継続被保険者資格喪失確認書

提出日	令和 年 月 日			
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) — —	

⑥ 資格喪失の事由 番号を「○」で囲み、必要事項を記入してください。	1	任意継続被保険者期間が満了したため 満了年月日 (令和 年 月 日)
	2	保険料が納付期日までに納付されなかったため 喪失年月日 (令和 年 月 日)
	3	被保険者が死亡したため 死亡年月日 (令和 年 月 日) 記入者氏名 続柄 ()
⑦ 資格喪失証明書発行の有無	有 ・ 無	
⑧ 証回収状況	回収 枚 (限 枚・高 枚)	回収不能

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

○注意事項

1. 枠内に記入し、捺印をしてください。
2. 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。
3. 交付されている被保険者証等を添付できない場合は、別途「健康保険被保険者証回収不能・滅失届」が必要です。
4. ※は記載不要です。

／ 受 付 日 付 印 〉