

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

任意継続被保険者記入欄	任意継続被保険者等				氏 名		生 年 月 日	
	記号	91	番号				S・H 年 月 日	
	資格喪失理由（該当欄□にチェックを記入）						下記の書類を必ず添付してください	
	1	☐	他の健康保険（各種共済組合含む）または船員保険の被保険者資格を取得したため				・任意継続被保険者証または資格確認書が交付されている場合は当該資格確認書（被扶養者分を含む） ・再就職先の資格情報のお知らせの写し ・高齢受給者証（70歳以上の方で交付されている場合のみ要）	
			資格取得日：令和 年 月 日（再就職先の資格取得日）					
	2	☐	後期高齢者医療制度の被保険者となったため（65歳以上 75歳未満の方のみ対象）				・任意継続被保険者証または資格確認書が交付されている場合は当該資格確認書（被扶養者分を含む） ・後期高齢者医療制度の資格情報のお知らせの写し ・高齢受給者証（70歳以上の方で交付されている場合のみ要）	
			資格取得日：令和 年 月 日（医療制度への加入日）					
	3	☐	任意での資格喪失を希望するため 理由 ☐ 国保加入 ☐ その他（ ）				添付不要 ※返却の必要があるものについては、手続き完了後に送付する案内に従ってご返却ください	
			※健保が申請書を受理した日の翌月1日が資格喪失日になります					
	上記のとおり申請いたします。							
令和 年 月 日								
任意継続被保険者 氏名								
〒 住所								
電話番号								

健保組合処理欄	任意継続資格喪失日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	係
	備考欄					

健保組合受付印