

常務理事	担 当 部

任 意 継 続 被 保 険 者 資 格 喪 失 申 出 書

被保険者の氏名			住所			TEL
被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号	生 年 月 日 昭 ・ 平	年 月 日	資格喪失年月日 (就職年月日)	令和 年 月 日	
資格喪失の理由	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 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				備考	
※任意継続で被扶養者だった方 のうち、ご就職先の健康保険で 被扶養者とならなかった方がお られる場合ご記入ください。	氏 名	続柄	理 由			

- 注：①この申出書は、新たに健康保険の資格を取得（再就職）された場合に提出してください。
 ②新しく資格取得された健康保険証のコピー（被扶養者分含む）を添付してください。
 ③この申出書には、任意継続被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日提出