

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

喪

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 記入の手引き」をご確認ください。

申出書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒	-)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

提出日(投函日) 令和 年 月 日

資格喪失の事由(該当項目に✓印を記入ください。)	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 令和				
	<input type="checkbox"/> 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					
	上記に✓印した場合に記入ください	(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)資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 令和			
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため					
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
上記に✓印した場合に記入ください	(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	()後期高齢者医療広域連合	
	(3)資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 令和				
摘要欄						

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

受付日付印

(2022. 1)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

使用欄

2 4 0 1 1 6

1

