

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号				1	9	-					
	2	被 生	保 年	険 月	者 日	昭和 ・ 平成			年		月		日
	3	被 氏	保	険	者 名	(フリガナ) (氏)				(名)			
	4	被 住 電	保 民 話	険 票 番	者 所 号	郵便 番号 ()				自宅電話 () 携帯電話 ()			

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日		令和		年		月		日	※再就職等による資格取得日が喪失日になります
5	資格喪失の事由 ア、イ、ウの何れかを「○」で囲み、再取得後の被保険者の記号・番号等をご記入下さい。	ア 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記号番号 (記号 番号) (2) 再就職先の名称および所在地 名称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)							
		イ 後期高齢者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 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) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)							
		ウ その他 (申出による喪失(申出受理月の翌月1日が喪失日)・死亡) 喪失年月日 (令和 年 月 日) ※死亡喪失の場合、死亡日翌日をご記入ください。							
6	摘要欄								

【この申出書に添付して提出するもの】

- ① 上記アの場合：再就職で新たに資格取得日の確認できる書類のコピー（被保険者本人・家族分）
 上記イの場合：後期高齢者医療制度の資格取得日の確認できる書類のコピー（該当される方のみ）
 ② 【お手元にある場合】日清紡健保組合から交付されている全員の資格確認書
 ※書面の高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている方は、それらも併せてご返却下さい。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
		印

.....
 受付日印

※保険者使用欄:(保険証など 枚)・(確認書類コピー 枚・無)