記入例

- 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証等を添付してください。
  高齢受給者証や限度額適用認定証等の交付を受けている場合は併せて添付してください。
- 資格喪失を希望される方は、資格喪失日以降に被保険者証等を返納してください。
- 資格喪失日を確認するために、再就職等で新たに取得した資格確認書または資格情報のお知らせの写しの添付をお願いします。

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者	被保険者の氏名	生年月日
	記号 900	フリガナ　ケンポ　タロウ	昭和（○）　年　月　日
	番号 2468	健保　太郎	平成 3 1 1 1 2 5
	被保険者の住所	〒 524-0104 守山市木浜町2298－1	連絡先 電話 077－585－4838 携帯 090－5858－4838

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和　年　月　日　0 6 1 2 0 1　← 新しく加入した社会保険の「資格取得日」
資格喪失の事由 該当に☑をし、必要事項を記入してください	☑ 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

該当する箇所に☑してください

再取得後の被保険者の記号番号				資格取得年月日
記号	246	番号	13579	令和　年　月　日　0 6 1 2 0 1
適用事業所の名称および所在地	名称　健康家族株式会社 所在地　守山市木浜町975			

再就職等で新たに資格取得した被保険者の記号番号を記入してください

☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

後期高齢者医療の被保険者番号	資格取得年月日
	令和　年　月　日
後期高齢者医療広域連合の名称	名称

☐ 資格喪失を希望するため

被保険者証等が添付できないときは、その方の氏名・生年月日・理由を記入してください	被保険者証等が添付できないときに記入してください