

常務理事	事務長	課(係)長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失届

1	被保険者証の 記号及び番号	2001	-				
2	被保険者の氏名	(氏)		(名)			
3	生年月日	昭和・平成		年		月	日
4	住所	〒 -					
		電話番号 () -					
備考欄 ※1							

※1, 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

次のとおり届け出します。

5	資格喪失年月日	令和		年		月		日
6	資格喪失の事由	<p>1. 健康保険の被保険者資格を取得したため ※2</p> <p>(1) 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 () - ()</p> <p>(2) 適用事業所の名称及び所在地 名称 () 所在地 ()</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>2. 死亡したため 死亡した年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</p>						

※2, 再取得後の被保険者証のコピーを添付して下さい。

令和 年 月 日 提出

受付日付印