

常務理事		担当者

任意継続被保険者 資格喪失申出書

申出日 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号	7 0 0 —				もしくは、個人番号	
	被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	被保険者 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)				印
	被保険者 住所	〒					電話 _____

下記の事由に該当するため、次の通り申出をいたします。

資 格 喪 失 に つ い て	資格喪失年月日 (新たに資格を取得された日)	令和	年	月	日	※ ア・イの場合→(3) 資格取得年月日 ※ ウの場合→記入の必要無し(ブランク)
	資格喪失の事由	<p>ア、(再就職などにより) 他の健康保険などの被保険者資格を新たに取得したため</p> <p>(1) 新しい被保険者証の記号・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 <u>※新たに取得された被保険者証のコピーを添付してください。</u></p> <p>イ、後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証番号 ()</p> <p>(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)</p> <p>(3) 資格取得年月日 令和 年 月 日</p> <p>ウ、任意継続被保険者でなくなることを希望する <u>※当健保で、この申出書が受理された日の属する月の翌月1日が喪失日となります。</u></p>				
摘 要 欄	※ (ア・イの場合) お持ちの当健保組合の健康保険者証等、全てを添付(返却)して下さい。 万が一、滅失し、添付(返却)出来ない場合には下記を記入・捺印して下さい。					
	▼滅失したもの	1. 健康保険者証 (分)		▼滅失(返却出来ない)理由		理由:
	2. 高齢受給者証					
	3. 限度額認定証					
			氏名		印	

提出代行者名等記載欄

エービービー健康保険組合