常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者記号・番号	75 -			
被保険者氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日生			
資格喪失日	令和 年 月 日			
資格喪失の事由 該当する番号を ○で囲んで下さい	1. 期間満了 2. 任意脱退（申出月の翌月1日付で喪失） 3. 新しい被保険者証を取得 4. 後期高齢者医療制度の被保険者に該当 5. 保険料未納 6. 死亡			
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日		続 柄
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
上記の通り申し出ます 令和 年 月 日				
申し出者の住所 〒 -				
☎ ()				
申し出者の氏名(自署) _____				

備 考 ☐ 保険証 / 回収済(枚) ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ その他

〽
受付日付印

【お願い】

1. 本申出書と任意継続健康保険被保険者証と一緒にご提出下さい
 高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合はあわせてご返却ください。
2. 資格喪失事由の3の方は、新しい保険証のコピーを添付して下さい