

常務理事			担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失

申出書
処理票

申出者記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記 号 番 号	記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください		
氏 名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
住 所	(〒)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

資格喪失日	令和 年 月 日	被扶養者数	無 ・ 有 (人)
-------	---	-------	--

資格喪失の事由(該当項目にレ印を「記入ください」)

☐ 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
① 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号 ()
② 資格取得年月日 (令和 年 月 日)

☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため
【注意】 ① 申出日の翌月1日が資格喪失の日となります。 ② 申出をした月は納付が必要です。
③ 原則、申出の取消はできません。 ④ 資格確認書は資格喪失日以降に返却してください。

☐ 75歳に到達したため (後期高齢者医療制度の被保険者となったため)

☐ 保険料を納付期日までに納付しなかったため

☐ 法定期間が満了したため

☐ 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日 死亡)

摘 要 欄	※ 資格確認書等 回収日	令和 年 月 日	枚
-------	-----------------	---	---

※ 欄は記入しないでください。(R6.12)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印