

届書コード			
2	3	2	0

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 号 記 号 及 び 番 号	左づめ	5	0	0	0	0	0	—	右づめ													
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成			年				月														
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)											(氏)					(名)					㊤
	4	被保険者の住所	郵便番号																	電話	( )			
			都道府県																					

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	平成			年			月			日						
	資格喪失の事由	ア 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証の記号番号 ( ) (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 ( ) 所在地 ( ) (3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)															
		イ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ( ) (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 ( 後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (平成 年 月 日)															
6	摘要欄																

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄															
																㊤

受付日付印

## ※協会使用欄

決裁	登録	審査													
被保険者証回収欄	被保険者番号	0	0	被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号	
	添付・返不能・滅失				添付・返不能・滅失				添付・返不能・滅失				添付・返不能・滅失		