

常務理事	事務長	業務課長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

① 記号	② 番号	③ 被保険者の氏名	④ 生 年 月 日	⑤ 資格喪失年月日
3 0 0	222	健保 太郎	昭 平 0 3 1 1 1 1	0 8 0 4 0 1
⑥ 被 保 険 者 の 住 所				⑦ 資 格 確 認 書
(〒 020 — 0123) 盛岡市〇〇丁目〇〇-〇〇				添付 1 返不能 2 滅失 3
⑧ 資 格 喪 失 の 事 由			備 考	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 健康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被保険者の記号番号 (123-4567) (2) 資格取得年月日 (8 年 4 月 1 日)			<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 1.2.3.の喪失理由の方は、再取得後の資格情報のお知らせのコピー(記号番号が記載されたものの写し)を添付してください。 </div>	
<input type="checkbox"/> 2. 船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 船員保険の被保険者の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 3. 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得したため (1) 後期高齢者医療の被保険者の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 4. 申出により任意継続被保険者の資格を喪失したため (1) 申出年月日 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 5. 被保険者が死亡したため (1) 死亡日 (年 月 日)				

※⑧の該当する番号の□にレ印を入れてください。

※⑧の1.2.3.の喪失理由の方は、再取得後の資格情報のお知らせのコピー(記号番号が記載されたものの写し)を添付してください。