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 届出 書

年月日：令和　　年　　月　　日

被保険者証等　記号・番号	記号　　８０００	番号
氏 名	㊞	
住 所	〒　　－	
電 話 番 号		

資 格 喪 失 年 月 日	令和　　年　　月　　日
〈資格喪失の理由〉 右の該当する項目に〇印を附し記入すること	１．申出により任意継続保険の資格を喪失したい。 （喪失申出書が**健康保険組合に届いた月の翌月１日**が喪失日） ２．再就職して健康保険の被保険者になった。 （下段の**＜再取得欄＞に必ず記入**のこと） ３．後期高齢者医療制度への移行 （誕生日が資格喪失日） ４．任意継続被保険者となってから２年経過した。 （期間満了） ５．被保険者の死亡。 （令和　　年　　月　　日死亡） ６．その他 （理由　　保険料未納　　）

〈再取得欄〉 右に記入のこと 令和　　年　　月　　日 取得	事業所	名　　称
		所 在 地
		電話番号

受付日付印
（健康保険組合使用）