届書コード	処理区分	届書

決裁	令和　年　月　日		
常務理事	事務長	業務課長	扱者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書（処理票）

① 記号番号	② 生年月日	③ 資格喪失年月日	④ 資格喪失原因	⑤ 被保険者証等回収区分
6000 －	昭和 年　月　日 平成	年　月　日	1　4 2　5 3　6	添付　1． 返不能　2． 滅失　3．

㋐ 資格喪失の原因 該当する資格喪失事由に☑をつけて該当項目に記入してください	㋑ 被保険者の氏名
□ 1　保険料が納付期日までに納付されなかったため □ 2　任意継続被保険者でなくなること（任意脱退）を希望するため ※申出後に資格喪失を取り消すことができないのでご注意ください □ 3　健康保険（又は船員保険）の被保険者資格を取得したため （1）　再取得後の被保険者の記号番号 記号　　番号 （2）資格取得年月日　令和　年　月　日 （3）適用事業所の名称 □ 4　法定期間が満了したため □ 5　被保険者が死亡したため □ 6　被保険者が後期高齢者医療制度に該当したため ※備考欄にご記入ください	㋒ 住所 〒 電話番号　－　－ ㋓ 備考 後期高齢者医療の被保険者番号 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 （　　）後期高齢者医療広域連合 資格取得日

令和　年　月　日　提出

受付日付印

＜注意事項＞

２.任意脱退による資格喪失申出書提出後の取消しはできません。

当組合が申出書を受理した日の翌月1日に任意継続の資格を喪失します。

＜記入上の注意＞

②の元号及び④は該当する文字・数字を〇で囲んでください。