

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.
⑦ 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			① 被保険者の氏名	
<input type="checkbox"/> 1 保険料が納付期日までに納付されなかったため <input type="checkbox"/> 2 任意継続被保険者でなくなる（任意脱退）を希望するため <small>※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</small> <input type="checkbox"/> 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証の記号番号 <small>記号 番号</small> (2) 資格取得年月日 令和 年 月 日 (3) 適用事業所の名称 <input type="checkbox"/> 4 法定期間が満了したため <input type="checkbox"/> 5 被保険者が死亡したため <input type="checkbox"/> 6 被保険者が後期高齢者医療制度に該当したため <small>※備考欄にご記入ください</small>			住所 〒 電話番号 - - 備考 ② 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

<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1日に任意継続の資格を喪失します。

受 付 日 付 印

<記入上の注意>

②の元号及び④は該当する文字・数字を○で囲んでください。