

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

|                            |            |                       |         |                     |
|----------------------------|------------|-----------------------|---------|---------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者<br>番号 | 8000 — 〇〇〇〇           | 生 年 月 日 | 昭和・平成<br>〇〇年〇〇月 〇〇日 |
|                            | 氏 名        | フリガナ ケンボ タロウ<br>健保 太郎 |         |                     |
|                            | 被保険者住所     | 〒 〇〇〇- 〇〇〇            | TEL     | 〇〇〇( 〇〇)〇〇〇〇        |

|   |   |                      |  |                    |          |
|---|---|----------------------|--|--------------------|----------|
| 資<br>格<br>喪<br>失<br>の<br>事<br>由<br>(<br>該<br>当<br>項<br>目<br>に<br>印<br>を<br>記<br>入<br>し<br>て<br>く<br>だ<br>さ<br>い<br>。) | <input checked="" type="checkbox"/> 申出により任意継続被保険者の資格を喪失したため |                      |  |                    |          |
|   | 上記に<br>印を入<br>した場合  | 申出の理由(〇をしてください)      | ア. 国民健康保険に加入する<br>イ. 家族の扶養者になる<br>ウ. その他 理由[ ] |                    |          |
|   |   | 資格喪失年月日              | 令和 〇〇年〇〇月 1 日                                  | ※当組合に申出のあった日の翌月の1日 |          |
|   | <input type="checkbox"/> 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          |                      |  |                    |          |
|   | 上記に<br>印を入<br>した場合  | 再取得後の<br>被保険者等の      | 記号   | 番号                 |          |
|   |   | 適用事業所または<br>船舶所有者の   | 名称   | 所在地                |          |
|   |   | 資格取得年月日              | 令和 年 月 日                                       | 資格喪失年月日            | 令和 年 月 日 |
|   | <input type="checkbox"/> 障害により後期高齢者医療制度の被保険者となったため          |                      |  |                    |          |
|   | 上記に<br>印を入<br>した場合  | 後期高齢者医療の<br>被保険者等の   | 被保険者番号   |                    |          |
|   |   | 都道府県後期高齢者<br>医療広域連合の | 名称   | 後期高齢者医療広域連合        |          |
| 資格取得年月日   |   | 令和 年 月 日             | 資格喪失年月日  | 令和 年 月 日           |          |

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月

日提出

- ・被保険者番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

千葉県機械金属健康保険組合

受付日付印