

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者 情 報	被保険者 番号	8000 —	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	氏 名	フリガナ			
	被保険者住所	〒 —	TEL ()		

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に 印 を 記 入 し て く だ さ い 。)	<input 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 ☑した 場合	申出の理由(○をしてください)		ア. 国民健康保険に加入する イ. 家族の扶養者になる ウ. その他 理由[]		
		資格喪失年月日	令和 年 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 ☑した 場合	再取得後の 被保険者等の	記号	番号		
		適用事業所または 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 ☑した 場合	後期高齢者医療の 被保険者等の	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