

常務理事			担当者

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 処理票

申出者記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒 - )	都(道)	<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	府(県)	<input type="checkbox"/> 令和			

資格喪失日	令和	年	月	日	被扶養者数	無・有(人)
-------	----	---	---	---	-------	--------

資格喪失の事由(該当項目に「印を」記入ください)	<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
	① 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号 ( )
	② 資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため
	【注意】 ① 申出日の翌月1日が資格喪失の日となります。 ② 申出をした月は納付が必要です。 ③ 原則、申出の取消はできません。 ④ 資格確認書は資格喪失日以降に返却してください。
	<input type="checkbox"/> 75歳に到達したため (後期高齢者医療制度の被保険者となったため)
<input type="checkbox"/> 保険料を納付期日までに納付しなかったため	
<input type="checkbox"/> 法定期間が満了したため	
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため ( 令和 年 月 日 死亡 )	

摘要欄	※ 資格確認書等 回収日	令和	年	月	日	枚
-----	-----------------	----	---	---	---	---

※ 欄は記入しないでください。 (R6.12)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄
-----------------------

受付印
-----