

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

記入日：令和 年 月 日

健康保険証の記号番号	記号 1 番号 1111
氏名	鈴木 一郎 男・女
生年月日	昭和・平成 58 年 8 月 8 日
住所	〒424-0942 静岡県清水区入船町8-20 電話番号：054-354-3381

私は下記の事由に該当しますので、申出いたします。（○をつけてください）

資格喪失の事由	1. 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため ※当組合が本申出を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。 ただし、受理した日の属する月の保険料を納付期限までに納めなかった場合は、納付期限の翌日付で資格喪失となります。 原則として申出後に取消はできません。
	2. 就職等により新たに被保険者資格を取得したため 再就職（就職）した健康保険被保険者証の 記号： 2 番号：2222 適用事業所の名称： ○○株式会社 資格取得年月日 令和 4 年 6 月 1 日 健康保険組合 保険者名 ○○ 協会けんぽ 共済組合 国民健康保険組合 *新しい保険証のコピーを添付ください。
	3. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 後期高齢者の健康保険被保険者証の 記号： 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
	4. その他 事由：

※当組合の健康保険証は全てご返却お願い致します。

お持ちの方は限度額認定証・高齢受給者証もご返却ください。