

決 定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

資格喪失申出書

令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号および 番号	記号	番号
	被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日
	被保険者の氏名		
	被保険者の住所	〒 電話 ( )	

※下記の事由に該当するため、申出致します。

資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失の事由	<p><b>ア 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</b>  <b>※取得された保険証のコピーを添付して下さい。</b></p> <p>(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号・番号          (記号 番号)</p> <p>(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地          名称 ( )</p> <p>(3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p><b>イ 後期高齢者医療制度被保険者となったため</b></p> <p>(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号          ( )</p> <p>(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称          名称( 後期高齢者医療広域連合)</p> <p>(3)資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p><b>ウ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</b>          (喪失日は健保が申出を受理した月の翌月1日)</p>

還付口座 ※保険料の返還がある場合は、下記欄に記入してください。

振 込 希 望 口 座	金融機関コード	銀行		本店
		金庫		支店
		信組		出張所
	支店コード	預金種別	普通当座 ( )	口座名義 (フリガナ)
	口座番号		(氏名)	