

決 裁	申 出 受 理		
	常務理事	事務長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者 記号-番号	記 号	6	番 号	〇〇〇
氏 名	フリガナ タチカワ タロウ 立川 太郎		生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇〇日
住 所	〒 123 - 4567 東京都〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇			
	固定電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	携帯電話	090 - ●●●● - ●●●●

下記の資格喪失事由に該当するため、次のとおり申出します。

<p>該当の喪失事由 (ア~ウより選択)を ○で囲み、必要事項 を記入する。</p> <p>資格喪失の事由</p> <p>※該当の事由を○で囲 み、新たに加入した健 康保険の資格情報を 記入してください。</p>	<p>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</p> <p>新たに加入した健康保険について記入してください。</p> <p>■被保険者記号-番号 (記号: 〇〇〇) (番号: 〇〇〇〇)</p> <p>■適用事業所の名称 (株式会社〇〇〇〇〇)</p> <p>■資格取得年月日 (令和 ▲▲ 年 ▲▲ 月 ▲▲ 日)</p>
	<p>イ. 75歳未満だが認定をうけて後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>新たに加入した健康保険について記入してください。</p> <p>■被保険者記号-番号 (記号: 〇〇〇) (番号: 〇〇〇〇)</p> <p>■後期高齢者医療広域連合の名称 (〇〇〇 後期高齢者医療広域連合)</p> <p>■資格取得年月日 (令和 ▲▲ 年 ▲▲ 月 ▲▲ 日)</p>
	<p>ウ. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため</p> <p>(注) 当健保組合が本申出書を受理した月の翌月1日に資格を失います。</p>

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿

健保組合 記入欄	令和 年 月 日喪失
-------------	------------

