健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者（申出者）記入用　喪

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 記入の手引き」をご確認ください。

申出書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号　　番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	

資格喪失の事由（該当項目に✓印をご記入ください。）

資格喪失年月日	平成　年　月　日

□ 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✓印した場合にご記入ください	
(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	
(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 所在地
(3) 資格取得年月日	平成　年　月　日

□ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

上記に✓印した場合にご記入ください	
(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号	
(2) 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
(3) 資格取得年月日	平成　年　月　日

摘要欄	

上記の事由に該当するため、申出します。　平成　年　月　日

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

様式番号　2 4 0 1 1 6

協会使用欄　1

(30. 7)
受付日付印

全国健康保険協会
協会けんぽ