常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

	保険証の	記号番号	記号	8	8	番	号					
被保険者欄		名	フリカ゛ナ									
	氏									身	見・ 3	女
	生年月日		昭和・平成				年	月日生				
	住 所		〒 連絡分	- 都道 府県 先	()		_			

私は、下記の事由に該当しますので、申し出いたします。

	資格喪失年月日 に保険資格を取得した日)			令和	年	月	目				
		(該当する番号に○印)									
		1.	1. 健康保険(協会けんぽ)の被保険者資格を取得したため								
	2.	2. 船員保険の被保険者資格を取得したため									
資格喪失の事由		3.	3. 共済組合の被保険者資格を取得したため								
			4.後期高齢者医療制度の被保険者となったため								
		5. 被保険者でなくなることを希望する旨の申出をするため									
	※交付されているすべ合は下記欄に記入願い		保険者証等	等を添付して	てください	、万が一、糸	分失等で添付でき	きない場			
	粉失した保険証等(記		来旦に○日	<u>-π\</u>							
사	1. 健康保険証				婚畜田惣1	記証 / 特	完疾病療養受給	老証			
摘	<紛失理由>	Z. [H][11. 文加日 Ⅲ	. 0. 以次	似地/77时	Cm. 4. 10	尼 次州原长文和	7H IIII.			
要											
				E	€ 名						

※ 裏面に新しく取得されました保険証の写しを貼付してください。

新たに取得された 被保険者証の写しをここに貼付してください。

この書類の提出が必要なとき

任意継続被保険者が、適用事業所に使用されるに至ったときなどの場合は、遅滞なく この「任意継続被保険者資格喪失申出書」の提出が必要です。

※ 注意事項

- 1. この申出書は、次のいずれかの事由に該当したときは提出が必要です。
 - ① 再就職をして他の医療保険者の被保険者となったとき
 - ② 75 歳になったとき
 - ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望する旨の申出をしたとき
- 2. 任意継続被保険者証を返納してください。

<u>また、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受給者証等の交付を</u> 受けている場合は、それらもあわせて返納してください。

なお、上記の証を紛失し、添付できない場合は「摘要欄」に紛失等の理由を 記入願います。

3. 資格喪失日の確認のため、再就職先で新たに取得されました被保険者証(健康保険証)の写しを所定欄に貼付願います。適正な手続きのためご協力願います。