

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

届書コード
2 3 2

常務理事	事務長	担当者

記号	番号	申請者の氏名・印	生年月日	性別	資格喪失
		印	昭和 平成	1:男 2:女	
郵便番号	申請者の住所			電話番号	被扶養者の有・無
					0:無 1:有

○再就職の場合

再就職事業所の		健康保険被保険者証の		健康保険の資格取得年月日			備考
名称		記号		年	月	日	
所在地		番号					

○法定期間（2年）経過による

資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
---------	----------	---------	----------

令和 年 月 日 提出

<注意事項>

- 被保険者証を添付してください。
- 再就職の場合は、新しい事業所の被保険者証のコピーを添付してください。
新しい事業所の被保険者証を未入手の場合は、まず喪失申出書（現保険証を添付し）のみ提出し、新保険証は受領次第コピーをお送り下さい。

受付日付印