

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

※太枠内と該当する欄に記入してください

記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	電 話 番 号
1 1			昭和 平成	
郵便番号	被 保 険 者 の 住 所			
—				

→☐ 再就職のため

該当する項目に
✓

→☐ 申出によるため ※申出書受理日の翌月 1 日に資格喪失となります。

→☐ 死亡によるため

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	
名 称		記 号		年	月 日
所 在 地		番 号			

資 格 喪 失 日 (提出の翌月 1 日を記入)		
年	月	日

_____ *下線部に「資格喪失を申し出ます」と記入してください。

亡 く な ら れ た 被 保 険 者 の 氏 名	資 格 喪 失 年 月 日 (亡くなられた日の翌日)
	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