常務理事	事務長	課長	課長補佐	課長補佐	係

健康保険　任意継続被保険者喪失申出書

被保険者証の記号・番号

９９－

喪失年月日（新しい健康保険証の資格取得日）

令和　　年　　月　　日

資格喪失の事由（該当する番号に○印）

1　適用事業所に就職した
2　船員保険の被保険者になった
3　後期高齢者医療制度の被保険者になった
4　任意脱退による資格喪失

上記の事由に該当したため申し出ます

令和　　年　　月　　日

住　所　　〒　　－

氏　名

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日

電話番号　　（　　）

個人番号														