

# 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				
11			昭和 平成	年	月	日					-
郵便番号			被保険者の住所								
-											

→  再就職のため

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				

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。

\*下線部に「資格喪失を申し出ます」と記入してください。

資格喪失日 (提出の翌月1日を記入)		
年	月	日

→  死亡によるため

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