

常務理事	事務長	主任	係員

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記 号	番 号 (右詰め)	生 年 月 日						
		1 1 1	1 2 3 4	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	3	年	1	月	1	日
	氏 名	(フリガナ) アオヤマ ハナコ 青山 花子			性 別	☐ 男 ☒ 女				
	住 所	〒 107 - 0000 東京都港区南青山△-○-× 青山マンション〇〇〇								
	連絡先	TEL 090-〇〇〇〇-△△△△								
備 考										

資 格 喪 失 の 事 由	提出日 (投函日)	令和	〇	年	5	月	1	1	日																						
	資格喪失事由 (該当の数字を ご記入ください)	1 再就職により健康保険の被保険者資格を取得したため 2 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため 3 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) 4 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) 5 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) 6 死亡したため																													
	資格喪失年月日	令和	〇	年	6	月	1	日	<u>記入上の注意点</u> ・ 資格喪失自由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。 ・ 資格喪失自由が3の場合・・・提出日の属する月の翌日1日をご記入ください。 ・ 資格喪失自由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。 ・ 資格喪失自由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。 ・ 資格喪失自由が6の場合・・・亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。																						
亡くなられた 被保険者の 氏名	氏名 (カタカナ)	資格喪失事由 [6.死亡したため] を選んだ場合のみご記入ください <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(^)は1字としてご記入ください。																														

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です																					
被保険者のマイナンバー記載欄	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

社会保険労務士の 提出代行者明記載欄	
-----------------------	--

受付印