

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被保険者 記号・番号	900 .							
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	住所	〒							
	電話番号(日中連絡先)				携帯				

	資格喪失年月日	令和	年	月	日	※と同日
資 格 喪 失 の 事 由	<input type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (注1)					
	再取得後の健康保険または 船員保険の被保険者 記号番号	(.)				
	適用事業所または船舶所有者 の名称および所在地	名 称				
		所 在 地				
	資格取得年月日	令和	年	月	日	※
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (注1)					
	後期高齢者医療の被保険者番号	(.)				
	後期高齢者医療広域連合の 名称	() 後期高齢者医療広域連合				
	資格取得年月日	令和	年	月	日	※
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続被保険者の資格を喪失したため (注2) この申出書が当組合に受理された日の属する月の翌月1日で資格喪失します。					

兵庫県建築健康保険組合理事長 殿 年 月 日 提出

(注1) 就職または後期高齢者医療広域連合に加入した場合は、下記の物を添付して速やかに提出してください。

- ・ 当健康保険組合の被保険者証または、資格確認書 (本人分・被扶養者分)
お持ちの方は、高齢受給者証、限度額適用認定証
- ・ 新しく交付を受けた「資格情報のお知らせ」または、資格確認書の資格取得日が記載されているところ
のコピー (本人分のみで可)
- ・ 納付書 (納付不要の納付書が手元にある場合)

(注2) お申し出により任意継続被保険者の資格を喪失される場合は、資格喪失申出書のみを先に提出し、必ず翌月1日以降に下記の物を返還してください。

- ・ 当健康保険組合の被保険者証または、資格確認書 (本人分・被扶養者分)
お持ちの方は、高齢受給者証、限度額適用認定証

受付日付印