

# 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

--