記入例

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申請書

被保険者の	被保険者証の記号番号	99	－	○○○	氏名	（カナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	昭和・平成　○年　○月　○日
	住所	〒○○○-○○○○ ご住所はマンション名、部屋番号までご記入ください。 自宅電話番号　○○－○○○○-○○○○ 携帯　〃　○○－○○○○-○○○○						
備考								

資格喪失年月日	令和　○　年　○　月　○　日	
資格喪失の事由 ※該当項目に✓をしてください	☑ 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	
	新しく取得した被保険者証の記号番号	○○○○－△△△△
	適用事業所（船舶所有者）の　名称	○○株式会社
	適用事業所（船舶所有者）の　所在地	名古屋市西区○○　○－○○－○○
	資格取得年月日（就職日）	令和　○○　年　○　月　○　日
	☐ 任意による資格喪失を希望するため ● 本申請書受理日の翌月1日付けの資格喪失 ● 保険証は喪失日以降、早急に返却します。 上記について同意します。	被保険者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（６５歳以上７５歳未満の方に限る）	
	新しく取得した被保険者証の記号番号	
	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

被保険者証について	1.同封	被保険者 被扶養者（　2　枚）
	2.未返却	理由： 返却予定日　令和　年　月　日

令和　年　月　日提出

受付年月日

上記のとおり申し出します。

※ 健康保険組合が発行した保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等をご返却ください。
※ 新しく取得された保険証のコピーを必ず添付してください。
※ 資格喪失月（取得と同じ月に喪失した月は除く）以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。

トーテックグループ健康保険組合