

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

6.12.2

被保険者証の記号・番号	記号	番号		
	96			
フリガナ				
被保険者の氏名	㊞		被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日
住 所	〒 電話(自宅) (携帯)			

下記の事由に該当するため、資格の喪失を次のとおり申出します。

資格喪失の事由[ア、イ は、いずれかの「□」をチェックして、新規加入先等を記入してください。]
[ウ は「□」をチェックしてください。]

☐ア 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

新規加入先の健康保険の被保険者証の記号番号	記 号	番 号	枝番
事業所(勤務先)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

☐イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号	記 号	番 号	枝番
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名 称 都 道 府 県 後期高齢者医療広域連合		
資格取得年月日	令和	年	月 日

※ ア・イ は加入先(協会けんぽ等)の保険証の写(コピー)を添付してください。

☐ウ 死亡したため

死亡年月日	令和	年	月 日
-------	----	---	-----

※ ウ 死亡診断書か市町村長の埋火葬許可証の写(コピー)を添付してください。

振込先	_____ 農業協同組合 _____支店・支所		
※返金がある場合のみ記入	口座番号(普) _____ 口座氏名(カタカナ) _____		

受付印

常務理事 (報告)	事務長	課長	係