

理事長	常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証の 記号・番号	〇〇・〇〇	氏 名 生年月日	〇〇 〇〇〇 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
被 保 険 者 の 住所・電話番号	〒 ●●●●-●●●● ●●市●●区●●*丁目**-* TEL: 092-●●●●-●●●●		

下記に該当するため申出ます。
(いずれかに○をつけて下さい)

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
新しい健康保険の資格取得年月日 令和 年 月 日付取得

イ. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
後期高齢者医療の資格取得年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日付取得

ウ. 死亡のため
死亡年月日 令和 年 月 日

【添付書類】

- 当組合より発行されているカード保険証（本人・家族分）
- 高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付をうけている場合は併せて返却ください

受付日付印