

記入例 5.任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を申し出たとき

健康保険 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
	404	9999

保険証の番号を記入してください

資格喪失の事由

〔 該当項目に✓印をご記入の上、必要事項をご記入ください 〕

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

(1) 新規加入の健康保険または船員保険の保険証の記号番号
記号： 番号：

(2) 新規加入の保険者の名称と所在地
名 称：

() **✓をしてください**
令和 年 月 日

申出により任意継続保険の資格を喪失したため

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号
番号：

(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合名称
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

**投函日（記入日）
をご記入ください**

上記事項に該当するため、申出します。

令和 **年 **月 **日

〒 ***-****

住所 *****

被保険者 名 **健保 太郎** 印

昭和
平成 **年 **月 **日

静岡県農業団 印

押印お願いします

資格喪失日はこの届出を健保で受理した日の翌月1日になりますのでご注意ください（記入日・投函日ではありません）

受付日付印