

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	記号	9920	番号	10000
資格喪失年月日	年 月			
資格喪失の理由 (該当する箇所に○をつけて日付を記入してください。)	① 健康保険の被保険者資格を取得	資格確認書または資格情報のお知らせの資格取得日と同日日をご記入ください。		
	② 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得	年	月	日資格取得
	③ 被保険者の死亡			
	④ 被保険者からの申出による資格喪失	年	月	1日資格喪失
①に該当のみ、下記事項を記入してください				
取得(就職)した事業所	名称			
	所在地	資格確認書または資格情報のお知らせのとおりご記入ください。		
	電話			
取得した健康保険の保険者 (全国健康保険協会・組合等)	名称			
	所在地			
被保険者証の記号・番号	記号		番号	

上記のとおり申出をします。

年 月 日

住所 〒 000 - 0000

〇〇県〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇町〇〇〇

届出者 氏名 健保 太郎

生年月日 昭和・平成・令和 45 年 10 月 1 日

マイナンバー

電話 052-882-9686

※ 被保険者死亡により届出者が被保険者ではない場合、被保険者との間柄

愛知県トラック事業健康保険組合