常務理事		係

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	1	被保険者証の記号・番号	2 0 —	
	2	被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成	年　月　日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)
	4	被保険者の住所	郵便番号（　　－　　）　電話番号　　（　　） 都道府県	

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

5	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
	資格喪失の事由 （ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。）	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 (1)　再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 （　　） (2)　適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称（　　） 所在地（　　） (3)　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 (1)　後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　　） (2)　都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称（　　後期高齢者医療広域連合） (3)　資格取得年月日（令和　　年　　月　　日）
		ウ　申出により任意継続保険の資格を喪失したいため
6	被保険者証回収欄	【被保険者証】　添付 ・ 滅失　（扶養者　　人） 【高齢受給者証】70歳以上の方　添付 ・ 滅失
7	摘要欄	

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

（注意事項）

1　アに該当された方は、新たに取得した健康保険組合等の取得日が確認できる書類（資格確認書、資格情報のお知らせ）のコピーを添付してください。

2　資格確認書・被保険者証・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『滅失届』が必要となりますので当組合までご連絡ください。

【ドッドウェル健康保険組合　TEL:03-6206-1573】