

# 任意継続被保険者資格喪失申出書

認定伺	令和	
常務理事	事務長	係

※本申出書には、交付されている健康保険証をすべて添付してください。

被 保 険 者 の	健康保険証の 記号・番号	記 号	4	0	0	番 号					提 出 日 年 月 日	令和 年 月 日	
	氏 名												
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日											
	住 所	〒 - 電話番号 - -											
資格喪失年月日 および 喪失理由		喪失年月日： 令和 年 月 日  (喪失理由＝下記番号に○表示)  1. 被保険者が死亡  2. 健康保険の適用を受けている下記の事業所に使用された  所在地：  事業所名：  3. 後期高齢者医療制度の被保険者になった  4. 1.2.3以外の申し出（喪失年月日は翌月1日となります）  5. その他											

◆喪失理由が2の場合は、就職先から交付された健康保険証のコピーを添付してください。

\* 喪失理由が1の「被保険者が死亡」のときは、下記の申出人欄に、相続人(又は親族)が記入のうえ届出してください。

申 出 人 ( 相 続 人 )	住 所	〒 - 電話番号 - -										
	氏 名											

## 北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合

健康保険組合記入欄	資格喪失証明書発行日	令和	年	月	日	枚
	保険者証回収日(枚数)	令和	年	月	日	

